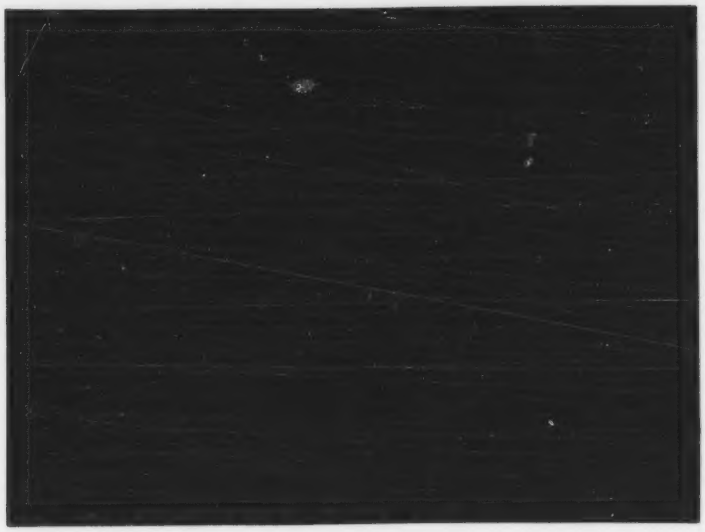


ONTARIO
ADVISORY COUNCIL
ON WOMEN'S ISSUES

CONSEIL CONSULTATIF
DE L'ONTARIO SUR LA
CONDITION FÉMININE

91-06890/

Raising the Issues:

A DISCUSSION PAPER ON

AGING WOMEN IN ONTARIO

February 1991

Prepared by Sheryl Mitchell for
The Ontario Advisory on Women's Issues

COUNCIL MANDATE

The Ontario Advisory Council on Women's Issues was established at arms-length from the government in 1973, and is in a unique position to effectively challenge the government's direction and policies. Council's mandate is to advise the Ontario government on all matters pertaining to the achievement of economic, social and legal equality for women and without limiting the generality of the foregoing: to respond to requests from the Minister for advice, consultation; to hold public meetings with the purpose of stimulating public discussion and accessing the opinions of women; to identify the specific areas requiring the attention of government and to recommend legislation and program changes to the Minister Responsible for Women's Issues. There are 15 members, all of whom are appointed by Cabinet on a part-time basis. Meetings are held in Toronto and work on identified issues is done through committees. Council brings a balance of women's views from across the Province to the government's attention.

COUNCIL MEMBERS

Susan McDonald, Vice-President, Arva

Marielle Cousineau, Kapuskasing

Margot Dallaire, Sudbury

Bernice Dubec, Thunder Bay

Mila Eustaquio, Mississauga

Dianne Harkin, Winchester

Catherine McPherson, Toronto

Sarah Melvin, Sioux Lookout

Lana Mitchell, North Bay

Helen Penfold, Owen Sound

Carrol Anne Sceviour, Toronto

Lucya Spencer, Ottawa

Lynn Zimmer, Peterborough

STAFF

Elayne Ceifets, Acting Executive Officer

Lydia Oleksyn, Communications Officer

Melody CarvalhoMount, Administrative Assistant

TABLE OF CONTENTS

Executive Summary ii

A. Introduction 1
- ■Background 1
- ■Framework for the Report 2
- ■A note on Aging 2

B. Aging as a Women's Issue 3
- ■Life Expectancy 3
- ■Attitudes towards older women 4
- ■Health Status 4

  Menopause, Osteoporosis, Heart disease, Cancer, Nutritional status, Depression, Prescription drug use, Substance abuse, Abuse/violence against older women, Alzheimer's disease
- ■Use of Health and Social Services 10
- ■Economic Status 11

  Older Women and Poverty, Factors Affection Older Women's Economic Status, Older Women in the Labour Force
- ■Relationships 14

  Married/divorced/widowed/single, Older women as caregivers, Sexuality
- ■Housing 16
- ■Transportation 17

C. Older Women with Special Needs 18
- ■Women with Disabilities 18
- ■Immigrant Women 19
- ■Francophone Women 21
- ■Native Women 22
- ■Rural Women 23

Conclusion 25

References 26

EXECUTIVE SUMMARY

Nearly a decade has passed since the Ontario Advisory Council on Women's Issues presented a brief on women and aging to the Ontario government. The picture portrayed of older women in Ontario was grim. In many important respects, the situation for older women has changed little since the brief was presented.

This report examines the lives of older women in Ontario today. The report begins with a discussion of aging as a women's issue. Section B outlines the unique problems faced by older women. In section C, the key concerns of older women with special needs (i.e. women with disabilities, immigrant women, francophone women, native women and rural women) are highlighted.

While becoming older presents problems for both men and women, there are some aging concerns that are unique to women, and that make aging a women's issue. These include life expectancy, society's attitudes towards aging men and women, health status, access to health and social services, and economic status:

- Women live longer than men, although the gap in male and female mortality rates is narrowing.
- Older women face discrimination based on both their age and gender.
- Over their lifetimes, women experience more chronic illness and disease than men.
- Older women use health and social services at a greater rate than older men.
- Older women are poorer than older men.
- Women's poor work earnings in early life negatively affect their savings upon retirement.
- Older women can expect to live the last years of their lives alone.
- Older women have more problems than men obtaining decent housing.
- More older women than men are institutionalized, although the vast majority of older women live outside of institutions.

While it is not easy to be old and female, women with special needs (i.e. women with disabilities, immigrant women, native women, francophone women, and rural women) must contend with more than the normal difficulties associated with growing older:

- For disabled women, the experience of aging is negatively influenced by society's attitudes, poor economic status, poor health status and difficulty using health care services.
- As they grow older, immigrant women face a number of similar problems above and beyond those faced by non-immigrant women. Immigrant women rarely have adequate pensions and with poor English language skills find many services inaccessible.
- Francophone women face many of the same kinds of problems as the majority of older women in Ontario. However, they tend to have more difficulty obtaining health and social services in their own language, and, as a group, are economically disadvantaged.
- In all areas, older native women's experience of aging is more difficult than that of the majority of Ontario women. Older native women face discrimination, poverty, difficulty in accessing affordable housing and a lack of linguistically and culturally appropriate services available to them.
- In most cases, rural women's experience of aging mirrors that of women living in urban centres. The major differences are related to access to health, social and transportation services.

A. INTRODUCTION

1. Background

In 1982, the Ontario Status of Women Council (predecessor to the Ontario Advisory Council on Women's Issues) presented a brief on women and aging to the Ontario government. This brief profiled older women in Ontario and focused on income security, family law, health, education, housing, transportation, and personal safety and security. The brief included a number of recommendations for improving the status of older women in Ontario.

The picture portrayed of older women in Ontario was grim. In 1982, many older women in Ontario lived near or below the poverty line, in inadequate housing, with poor access to health and social services. Many had great difficulty making the transition from wife to widow and living the last years of their lives alone.

Nearly a decade has passed since Council presented its brief. Since then, the calls for improvement in the lives of older women have become louder and more numerous. Both in Canada and the United States, women's lobby groups have expressed increasing concern about the status of older women. At the same time, seniors' lobby groups have become more vocal about the needs of seniors of both sexes.

In some cases, the government has taken action. In other areas, most notably homemaker's pensions, the government has taken no action, despite lobbyists' continued reiteration of the same concerns. In many important respects, the situation for older women in Ontario has changed little since 1982.

The purpose of this report is to highlight once again the concerns of older women in the province of Ontario.

2. Framework for the Report

This report examines the lives of older women in Ontario today. The report begins with a discussion of aging as a women's issue. Section B outlines the unique problems faced by older women. In section C, the key concerns of older women with special needs (i.e. women with disabilities, immigrant women, francophone women, native women and rural women) are highlighted.

3. A Note on Aging

Gerontologists divide the aging population into the young-old (65-74), middle-old (75-84), and old-old (85 and over) (Joseph and Fuller, 1988). Although sixty-five is the standard used to measure an aging population, it is, to a large extent, an arbitrary demarcation for old age. On the one hand, many seniors feel very young at age sixty-five and would be insulted if they were called old. On the other hand, seniors younger than sixty-five face many of the problems generally associated with old age.

For the purpose of this report, "older women" refers to women fifty-five years of age and over. In 1986, 1,039,465 women aged fifty-five years and older lived in Ontario.

B. AGING AS A WOMEN'S ISSUE

Becoming older presents problems for both men and women. Both sexes face the prospect of declining physical health, fewer financial resources, and limited choices in a society that is geared to the young. Most seniors have difficulty using public transit and not all older men and women live in adequate housing.

But there are some concerns related to aging that are unique to women. These include life expectancy, society's attitudes towards aging women, health status, use of health and social services, and economic status.

This section reviews the key differences between women's and men's experience of aging. The roles of relationships, housing, and transportation in older women's lives are also described.

1. Life Expectancy

Simply stated, aging is a women's issue to the extent that women make up a larger percentage of the older population than do men. Older women now comprise the majority of the world's expanding population and outnumber men in most nations of the world (Gibson, 1985). Women first began to outnumber men in the 1970s (Stone and Frenken, 1988). This decline in the ratio of men to women begins at age forty-five.

In Ontario, today, life expectancy for women is 80.5 years compared with 73.7 years for men (Ontario Ministry of Treasury and Economics, 1986). The average female life expectancy in Ontario has increased by more than seventeen years since 1971.

The average woman can expect to live the last years of her life alone. There is now a growing imbalance between the number of men and women alive at the *later* stages of life. Since 1981, women aged eighty-five and over have outnumbered men by two to one (Stone and Frenken, 1988). Researchers have attributed differences in male and female longevity to a variety of factors.

Some believe that genes in the "x" chromosomes powerfully favour female survival and make women better able to resist many *fatal* illnesses and diseases (Wylie, 1984). Others argue that behavioural factors are key contributors to earlier male mortality (Verbugge, 1985). For example, they link men's higher death rates at earlier ages to higher rates of cigarette smoking and alcohol consumption, Type "A" behaviour and risks associated with high impact sports. Men's more frequent exposure to environmental hazards through their work is another reason given for women's greater longevity (Lewis, 1985).

It is likely that the differences in life expectancy are due to all of the above working in concert.

2. Attitudes Towards Older Women

One doesn't have to look very far to discover how society views older women. The media abound with negative images of older women. In a culture that emphasizes youth and beauty, older women are depicted as unattractive and asexual. While a man's gray hair can be "distinguished", a woman's growing number of gray hairs and wrinkles are seen as a mark of old age. And, unlike older men, older women face discrimination on the basis of both their age, and their gender (Steinhauer and Auslander, 1984).

Gerontologists predict that one positive consequence of an aging population is that our concept of growing old may change for the better (Williamson et. al., 1982). As the population ages we may see more positive images of the elderly in the media. And, as the stigma associated with aging decreases, so too may the stigma associated with being an older woman.

3. Health Status

Health status is influenced by a variety of factors. An individual's susceptibility to illness and disease is an important part of the equation. Equally important is the effect that economic circumstances, including living and working conditions, have on an individual's

health. Individuals with low incomes have much higher rates of premature mortality than those with higher incomes (Cohen, 1984).

Over their lifetimes, women experience more chronic illness and disease than do men. They report more health problems, more activity limitation, and more stress than men in the same age group (Health and Welfare, 1989). They also average substantially more hospital days in bed per year than men (Lapierre, 1984).

Some of the more common physical and mental health concerns of older women are described below.

a. Menopause

The literature on the health of older women is dominated by the discussion of menopause. Many researchers see menopause as the key event in older women's lives.

A normal biological event, menopause has been highly medicalized. Many doctors view menopause as a disease (lack of estrogen) that can be cured by synthetic estrogens (Cobb, 1988). It is not uncommon for menopausal women to receive synthetic estrogens, or even a hysterectomy for "general well-being" (Porcino, 1983).

For many women, increased depression and nervous symptoms do not go hand in hand with menopause. In fact, recent studies do not support the stereotype of the depressed menopausal woman (Kaufert, 1987). There is evidence that for many women menopause is in fact a *positive* event (Cobb, 1988). With menopause, the fear of unwanted pregnancy is ended. And for some women, menopause also coincides with the new found freedom associated with children leaving home.

Only recently has information on menopause, written for a layperson, been available to women (Cobb, 1988). These newsletters and books challenge the highly medicalized view of menopause and provide women with information about alternatives to synthetic estrogen therapy.

b. Osteoporosis

As many as twenty-five percent of women over age sixty suffer from osteoporosis, a debilitating disease, where bones become thin and porous. It is most common in thin, delicately-boned white women (Porcino, 1983).

Osteoporosis can lead to loss of teeth and wrist fractures, starting around age fifty, spinal fractures between fifty-five and seventy-five, and hip fractures in the seventies and eighties (Doress and Siegal, 1987).

Often there are psychological and social consequences of severe osteoporosis. Structural disfigurement due to osteoporosis leaves a women vulnerable and fragile, and open to discrimination because of her appearance, thus diminishing her self-esteem.

c. Heart Disease

Heart disease, long thought of as a male disease, is increasing slowly among women. In 1966, women accounted for forty percent of all Ontario deaths from heart disease. By 1984, women accounted for forty-five percent of all deaths from heart disease (Ontario Ministry of Treasury and Economics, 1986).

The growth in the rate of heart disease among women is likely due to their increased participation in high stress jobs, the stress of balancing family and work life, and the overall increase in the number of women who smoke. As women adopt traditional male behaviours, they increase their risk of heart disease. Researchers in the Framingham Study found that women who exhibit "Type A" behaviour had a much higher rate of heart disease than women not classified as "Type A"s (Porcino, 1983).

d. Cancer

Women develop cancer and die less frequently from it than men. Nevertheless, after heart disease, cancer is the leading cause of death for Ontario women aged sixty-five and over

(Ontario Ministry of Treasury and Economics, 1986). One in five women will die from cancer-related deaths.

Post-menopausal women are most at risk for breast cancer, closely followed by lung cancer. Colo-rectal, uterine and ovarian cancer are also common in older women (Health and Welfare, 1988). Lung cancer mortality is rising rapidly and will soon overtake breast cancer as the primary cancer death cause for women (Health and Welfare, 1988).

Environmental, hereditary and lifestyle factors appear to play a role in causing cancer. In fact, cancer rates increase with exposure to radiation, pesticides, and asbestos (Doress and Siegal, 1987).

Conventional medical treatment of cancer involves a combination of surgery, radiation and chemotherapy. There is much controversy about how much surgery is necessary. Because the conventional therapies have not significantly improved survival rates, and have many side effects, some women are trying non-traditional therapies such as diet, visualization, herbalism and homeopathic medicine.

Although many cancers are preventable, less than one percent of the health care budget goes to prevention programs. The Ontario government has recently funded a Breast Screening Program aimed specifically at women in the mid-life years. Early detection of breast cancer through this screening program could help to decrease breast cancer morbidity rates.

e. Nutritional Status

As people age, their nutritional needs change. Age-related nutritional changes include decreased ability to absorb irons and proteins, and to digest fat (Porcino, 1983). More older women than men have a poor nutritional status because more older women than men live alone and near or below the poverty line and cannot afford to maintain a healthy diet (Porcino, 1983). As well, many older women have difficulty getting out to shop, and, if alone, lack the motivation or ability to cook a nutritious meal for themselves.

Poor nutrition places older women at risk of physical and mental deterioration (Cohen,1984). Malnutrition leads to body shrinkage, fragile bones, senility, chronic constipation and loss of interest in caring for oneself.

f. Depression

As women age, they will experience many changes, particularly in their personal relationships. Although aging can be a positive event, for many it is marked by dwindling support networks, isolation, and increased difficulty coping with the daily tasks of life.

More women than men experience depression during the later stages of their lives. Research indicates that depression is twice as common in women as in men (Lewis, 1986). As well, women are more likely than men to seek treatment for depression (Horwitz, 1977).

Researchers disagree about the causes of depression in older women. Some point to menopause and changing role expectations as the chief precipitators (Livson, 1981). Others argue that womens' inferior economic situation is a contributing factor (Feinson, 1985).

Another cause of depression, often cited in the literature, is the empty-nest syndrome. While children leaving home is a cause of depression for some women, for others it brings new found freedom (Gee and Kimball, 1987).

g. Prescription Drug Use

When women seek treatment for health problems, they are treated differently than men (Ontario Advisory Council on Women's Issues, 1989). Many physicians rely on prescription drugs to treat women's health problems. Often older women receive a variety of prescription drugs from different doctors (Ontario Advisory Council on Women's Issues, 1989). This can result in serious drug interactions.

Older women are prescribed mood-modifying drugs, such as valium, at a much higher rate than men. Harding (1987) found that over an eighteen-month period, almost twice as many women as men in their sixties received prescriptions for tranquilizers.

Unfortunately, these drugs are, in many cases, highly addictive. Yet each year, pharmaceutical companies spend millions of dollars promoting tranquilizers as a cure to women's depression and anxiety (Doress and Siegal, 1987).

Current research emphasizes the need for specially designed programs to facilitate women's recovery from drug (and alcohol) addiction. But few treatment facilities reserve beds for women; fewer for older women.

h. Substance Abuse

The social stigma associated with female alcoholism encourages many women to be closet drinkers. Women often successfully conceal their drinking so that it is not obvious that they are alcoholics until well into old age (DeMarco, 1990).

Alcohol affects women differently than men. Women break down alcohol more slowly, and become inebriated faster (DeMarco, 1990). Women die more frequently as a result of their alcoholism than men. A higher percentage of women than men die from alcohol-related causes such as suicide, circulatory problems and cirrhosis of the liver (Rotman, 1988). Women develop cirrhosis of the liver at approximately half the alcohol consumption rate of men (DeMarco, 1990).

When women combine alcohol with prescription drugs, the effects are devastating (Cohen, 1984). Women who use prescription drugs require less alcohol to get high. For women who are cross-addicted, the combined use of these substances causes them to suffer more blackouts, and intensifies the health problems at a faster than normal rate.

i. Abuse/Violence Against Older Women

Women are often victims of elder abuse. The typical abused woman is over seventy-five, socially isolated, in poor health and dependent on the abusive caretaker for survival (Porcino, 1983). Abuse of older women can take many forms--neglect (failure to provide the basic human needs of food, warmth, shelter and health care), physical violence, sexual assault, and financial exploitation (theft or extortion). Older women who have been abused are often

too frightened or frail to leave the abusive situation (Ontario Ministry of Community and Social Services, 1989).

The financial difficulties and stress of caring for an older person make older women frequent targets of abuse. Just as the victims of abuse are overwhelmingly female, women caregivers are the typical perpetrators of elder abuse (Manitoba Advisory Council on the Status of Women, 1989). In sharp contrast, the abusers of younger women are predominantly male.

j. Alzheimer's Disease

Although it is not a part of the normal aging process, about five percent of the older population has Alzheimer's disease. Alzheimer's disease is three times more common in women than in men.

An incurable disease, Alzheimer's is marked by abnormal changes in brain tissue which result in slow and gradual deterioration. The disease progresses, often over many years, from memory loss and mild personality changes, to severe behavioural changes and eventual death (Porcino, 1983).

As caregivers, it is often women who provide the care to aging spouses and parents who have Alzheimer's.

4. Use of Health and Social Services

Historically, the elderly have used a large proportion of the health-care dollar and occupied a higher than average number of hospital and long term care beds. In 1989, seniors made up eleven percent of the Ontario population but accounted for almost forty-five percent of the health care budget (Ontario Ministry of Health, 1989).

Older men and women alike rely on a wide variety of community and institutional-based health care services. But older women use health care services at a greater rate than older men (Lapierre, 1984).

Sex differences in women's use of health care services are probably due to cultural sanctions which allow women to report their illnesses more frequently than men.

More than any other group, older women suffer the inadequacies of poor treatment. Many older women feel that their doctors do not provide them with enough information about aging (Cobb, 1988). As well, women's experiences with the health care system are marked by reports of neglect and disrespect, particularly by male physicians (Cobb, 1988). Few doctors like treating the old; fewer the older woman (Lewis, 1985).

5. Economic Status

a. Older Women and Poverty

Older women are, on average, poorer than older men. In fact, seventy-one percent of the elderly poor are women (National Council of Welfare, 1988). Women are more likely than men to live near or below the poverty line (Ontario Ministry of Community and Social Services, 1987).

Women who live near or below the poverty line, and women with low-incomes face many associated difficulties. The poor are much more likely than those with adequate incomes to suffer from chronic disease and disability. They often live in sub-standard housing which, in turn, has a negative impact on their health (Cohen, 1984).

Older women's poverty is the cumulative result of women's unequal status in society. The economic inequities suffered by women in old age result mainly from inequities suffered earlier as wives (Estes, 1984). As homemakers, women are not paid for their work. And, in the *paid* work force, women are clustered in low-paying "female" jobs with few benefits.

Older women's economic status is also tied both to the longevity and financial status of their husbands, and to their marital status. Older *married* women are in a better financial position than never-married or widowed, divorced or separated women (Gee and Kimball, 1987).

b. Factors Affecting Older Women's Economic Status

i. Income disparities between men and women

In Ontario, for every dollar a man makes, a woman makes 64.5 cents (Ontario Women's Directorate, 1989). In 1988, average male yearly earnings were $35,918.00 compared with $23,260.00 for women (Statistics Canada, 1988).

Wage disparities in early life significantly affect pension earnings in later life. Although a woman may benefit from her husband's higher earnings during their lifetime together, when he dies she may be entitled to only a portion of his benefits.

ii. Female Job Ghettos

Income disparities between men and women are directly related to the type of work that men and women perform. Although women make up almost fifty-nine percent of the paid labour force, they are clustered in the service industries in low-level, non-managerial positions (Ontario Women's Directorate 1989). In 1986, only six percent of Ontario women held managerial or administrative positions (Ontario Ministry of Citizenship, 1986). In the same year, one in five Canadian women worked in low-paying jobs as secretaries, sales clerks and bookkeepers (Ontario Women's Directorate, 1989).

Pay equity legislation now requires employers to compare jobs done mainly by women with those dominated by men, and then pay women the same as men for work of equal value. But the current law does not cover workplaces with fewer than ten employees, or those who work in all-female workplaces. About 750,000 of Ontario's 2.2 million working women are excluded from pay equity legislation (Gorrie, 1990).

iii. Pension Plans

Both men and women depend upon pension savings to help them financially in their retirement. But women who do not work for pay do not receive retirement earnings from the Canada Pension Plan. When women *do* contribute to the Canada Pension Plan, the rate at which they contribute differs from men.

In 1986, seventy-nine percent of Canadian men sixty-five and over, but only forty-seven percent of women in the same age group, received Canada Pension Plan benefits (Lindsay and Donald, 1988).

Some individuals work for companies that have private pension plans. These plans are more common in companies that are unionized and where salaries tend to be higher. They are less common in the service industries where female workers are clustered. Like the Canada Pension Plan, private pension plans depend upon contributions made during a contributor's working years. Women lose out on private pension plans in four ways:

- They are far less likely than men to work in a company that has a private pension plan;
- If they do contribute to a private pension plan, their contributions are usually lower than those of men because, overall, their earnings are lower;
- Women, unlike men, usually do not have a continuous opportunity to contribute to a private pension plan because their work histories are often sporadic. They are more likely than men to leave the work force to raise children or care for elderly parents; and
- Over a quarter of women in the labour force work part-time and therefore, are not entitled company pension plans.

Homemakers' pensions are one way to improve the economic status of older women. With a homemakers' pension, homemakers who receive no other earnings are given a pension that assumes their earnings are equivalent to half the average Canadian wage (Sisler, 1986). Unfortunately, at half the average wage, homemakers' pensions still fall well below the amount needed for an adequate lifestyle.

c. Older Women in the Labour Force

i. Ageism

When older women re-enter the labour force, many find that they do not have the background necessary for today's jobs. Their work skills are often out-of-date. And the work they did at home is not considered relevant experience.

ii. Double Workload

Women's increased participation in the labour force means that many women carry a double workload. They work at home for no compensation and outside the home for, on average, less compensation than men. In the combined roles of employee, housewife and mother, women average as many as sixty hours of work per week. The contributions that women make to their families do not translate into financial benefits upon retirement.

iii. Retirement

Studies suggest that women's experience of retirement is less positive than men's (Seccombe and Lee, 1986). In all likelihood, this is because when it comes time to retire, women have not amassed nearly the amount of savings men have. In addition, because women live longer than men, these savings must be spread out over a longer period of time. As well, women spend more of their retirement years alone, after the death of a spouse.

6. Relationships

a. Married/Divorced/Widowed/Single

For the most part, the present generation of older women married when they were young.

But most women can expect to live their last years of life alone, although the proportion of the widowed population made up of women aged sixty-five and over has declined slightly since 1966 (Stone and Frenken, 1988).

While widowhood is a normal part of female adult life, many women are unprepared emotionally and financially (Barnett and Baruch, 1978). Few women remarry after widowhood because there are few men available for remarriage. Although it is acceptable for an older man to marry a younger woman, older women are not encouraged to marry younger men. Not only are women not encouraged to marry younger men, it is not accepted by society (Porcino, 1983).

The fastest growing marital group among women over age sixty-five is the divorced (Stone and Frenken, 1988). In recent years, there has also been a small decline in the rate of never-married women (Stone and Frenken, 1988).

b. Older Women as Caregivers

When policy makers talk about shifting the care of the elderly to the community, often they mean shifting the job to a wife or a daughter (Novak, 1988). More than men, older women provide care and support to elderly parents, growing children, and ailing spouses. At a time when their own health is failing and they have diminishing financial resources (Gee and Kimball, 1987). As a result, older women are often "sandwiched" between the demands of their children and their aging parents.

Providing care to ailing spouses or relatives can be extremely stressful. Yet there are few supports available to caregivers. Ironically, without the unpaid care provided by women, many older people would face premature institutionalization.

Some older women work in the paid workforce as caregivers. Women who do this work receive little compensation and recognition for the care that they provide (Ontario Women's Directorate, 1989).

c. Sexuality

A number of myths perpetuate the stereotype that older women are neither sexually attractive nor sexually active. These include the idea that older women are not interested in sex and that they find it uncomfortable and unpleasant (Doress and Siegal, 1987).

While it is not unusual for women to experience a lessening of sexual activity in mid-life--often at menopause--there is no physical reason why older women cannot engage in sexual activity (Turner and Adams, 1983). In fact, many women enjoy active sexual lives well into old age (Doress and Siegal, 1987). For a small group of older women, health problems such as hysterectomy, mastectomy, alcohol and drug abuse inhibit sexual desire and performance.

Because women live longer than men, opportunities for heterosexual relationships diminish with old age. In a few cases, women find that an intimate relationship with another woman is a viable option.

7. Housing

Where older people live depends upon their income, health, and the supports available to them in the community.

As much as possible, seniors wish to avoid living in institutions (National Advisory Council on Aging, 1986). However, the capacity of individual communities to respond to older persons' desire to live in their own homes, or outside of institutions, varies.

To the extent that adequate housing is related to income, older women have more problems obtaining decent housing than men do. They are more likely than men to live in subsidized housing. (Denton, 1986).

There are increasing numbers of older semi-independent women, who, with appropriate assistance, could remain in the community (Metropolitan Toronto District Health Council, 1988). But with limited access to, and long waiting lists for, home support services such as homemakers, assistance with shopping, home repairs and friendly visiting, these women have difficulty remaining in their own homes. And despite the obvious need for such services, home support and homemaker services are only a small part of the overall budget for health and social services (Novak, 1988).

When their health fails, housing options for older women become limited. The majority of older women in poor health end up in chronic care hospitals or nursing homes (Cohen, 1984). In 1984, 71.3% of residents of Homes for the Aged were female (Ontario Ministry of Treasury and Economics, 1986). The percentage of women occupying beds in Homes for the Aged increases with age, with women over eighty-five occupying the highest percentage of beds (Ontario Ministry of Treasury and Economics, 1986). In 1971, fourteen percent of women eighty-five and over lived in institutions. By 1986, this figure had risen to nineteen percent (Priest, 1988).

Even though more older women than men are institutionalized, the vast majority of older women in Ontario still live outside of institutions. Nevertheless, at over nine percent, the institutionalization rate in Ontario is one of the highest in the world (Carey, 1989).

8. Transportation

The health and well-being of older women is directly related to the accessibility of transportation services. Poor, inaccessible transportation means that older persons cannot use community services with ease. And with poor transportation services, many older women lead very isolated lives. It is difficult to shop, visit friends, or attend necessary medical appointments. These problems are accentuated in smaller centres and rural areas.

To be accessible to older persons, transportation services must meet several criteria. The service must be close to the individual's residence and accessible (the individuals must be able to get on and off the vehicle). The vehicle must be clearly marked for visually impaired persons, and the service should be safe, especially for night use.

While most old people have difficulty using the public transit system, older *women* have special concerns about the safety of the services, especially at night. Of course, this is simply an extension of a concern women face at all stages of their lives.

C. OLDER WOMEN WITH SPECIAL NEEDS

While it is not easy to be old and female, some women must contend with more than the "normal" difficulties associated with growing older. In most cases, the concern of women who are disabled, immigrant, native, francophone, and/or rural are more acute than those of the general population. This section focuses on their special concerns.

1. Women with Disabilities

The World Health Organization defines disability as "any restriction or lack of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being" (Office for Disabled Persons, 1988). Disability may refer to a condition that an individual was born with, or one which she acquires during her lifetime.

In Ontario, more than 400,000 women fifty-five years of age and over reported a disability in 1986 (Office for Disabled Persons, 1988). Such major disabilities include difficulty with mobility and agility, and visual and hearing impairments. Older women account for almost twenty-five percent of all disabled adults (Office for Disabled Persons, 1988).

For disabled older women the experience of aging is particularly difficult. To a greater extent than general population, their experience of aging is negatively influenced by society's attitudes, poor economic status, poor health status and difficulty using health, social and transportation services.

a. Economic Status

Persons with a disability have a higher rate of poverty than any other group in the population. Few older disabled women have incomes larger than $7,000 or $8,000 dollars a year (National Council of Welfare, 1988). With these incomes, most older disabled women live below the poverty line.

The incomes that disabled women receive before they reach age sixty-five translate into low pensions on retirement. Because older disabled women are more likely than non-disabled women to be single, many face old age without the security of a spouse's pension (Office for Disabled Persons, 1988).

b. Health Status

Disabled women of all ages report poorer health status than non-disabled women. They are more likely than men to depend on others to accomplish their daily tasks. Many report that they are housebound and that they lead extremely isolated lives (Office for Disabled Persons, 1988). It is likely that depression is high among older disabled women.

c. Use of Health and Social Services

Disabled women of all ages face problems when they try to use health and social services. In many cases, services are both physically and attitudinally inaccessible. Caregivers do not always feel comfortable working with persons with disabilities. Disabled women report that they can't always get to the services and that their concerns are often dismissed by caregivers. To complicate matters, some disabled women (i.e. the developmentally disabled; those with Alzheimer's) receive treatment to which they have not consented.

d. Transportation

Older disabled women have special concerns about transportation. As many as a quarter of them cannot use the regular transit system (Office for Disabled Persons, 1988). They report difficulty getting to the stop and getting on and off the vehicle. Many disabled women rely on specialized services such as the Toronto Transit Commission's Wheeltrans. These services are available only in the large urban centres. Users must book the service four days in advance of the intended day of use.

2. Immigrant Women

In 1986, twenty-five percent of all Ontario residents were born outside Canada. Of these, 8.8% were females sixty-five years of age and older (Ontario Ministry of Citizenship,

1986). As many as 50,000 immigrants and refugees a year enter Ontario. For the most part, these immigrants come from Asia, Africa and Central America (Ontario Ministry of Community and Social Services, 1989).

As they grow older, immigrant women face a number of problems above and beyond those faced by non-immigrant women. Their economic and health status is generally inferior, and they have difficulty obtaining culturally-appropriate health and social services.

a. Economic status

Many immigrant women entering Ontario today are family class immigrants. They are sponsored by members of their family and are not eligible for any social assistance including welfare, Old Age Security and the Guaranteed Income Supplement. Immigrant women are more likely than the non-immigrant population to work in non-unionized, low-paying female job ghettos. Unaware of their rights in a new culture, many immigrant women are exploited in these jobs (Spencer, 1990). With poor incomes in early life, immigrant women rarely have adequate pensions upon retirement. As a result, many older immigrant women live in poverty.

b. Health Status

The older immigrant woman is at high risk for mental health problems. Many immigrant women are brought by their relatives to Ontario to help care for other family members. Intergenerational conflict often occurs as the values of the new immigrant clash with those of the assimilated generation (Spencer, 1990). Immigrant women are also at risk of abuse from their husbands who are trying to adjust to a new culture (Canadian Task Force on Mental Health Issues...1990).

c. Use of Health and Social Services

With advancing old age, many immigrant women need to use health and social services. But among seniors, twice as many women as men speak neither English nor French (Canadian Public Health Association, 1988). With poor English language skills, many of these services are inaccessible. As well, many health care providers are not sensitive to the culture-specific needs of older immigrant women (Access Alliance, 1987).

3. Francophone Women

Ontario has the largest francophone population outside of Quebec. The 5.5% of the population who comprise this minority group live mainly in northern and eastern Ontario. (Statistics Canada, 1986).

For the most part, older francophone women face the same kinds of problems as the majority of older women in Ontario. However, older francophone women experience greater than normal difficulty obtaining health and social services. As well, the economic status of older francophone women is negatively influenced by poor earnings early in life.

a. Use of Health and Social Services

Under Ontario's French Language Services Act "a person has a right to communicate in French with, and to receive available services in French from any head or central office of a government agency or institution of the legislature." On paper, access to services in French seems to be guaranteed. However, French language services are not always available to those who want them (Savas, 1988). There are few French speaking health care professionals, and even fewer female francophone professionals. As well, access to health and social services in both English and French is limited in the northern parts of Ontario where many francophones live (Savas, 1988).

b. Economic Status

Although francophones earn on average ninety-five cents to every dollar earned by English speaking Ontarians, female francophones earn one-half the average income of their male counterparts (Savas, 1988). Francophone women are clustered in low-paying service industries and in clerical occupations (Ministry of Community and Social Services, 1989). With poor work earnings early in life, many older francophone women do not have adequate savings for retirement.

4. Native Women

In 1981 approximately 57,800 native women[1] lived in Ontario (Nicholson, 1987). The native population includes status Indians, non-status Indians, Metis and Inuit. Each of these groups have different cultural and linguistic backgrounds.

Little data exist on the special concerns of *older* native women. However, the life circumstances of native women of all ages provide insight into the kinds of lives older native women can expect to lead. It is reasonable to assume that older native women's experience of aging is more difficult than that of the majority of Ontario women.

a. Health Status

The native population in Ontario is younger than the non-native population (Nicholson, 1987). In 1981, sixty per cent of natives in Ontario were under twenty-five, compared with forty percent of non-natives (Nicholson, 1987). Many native communities lack basic services such as water, sewage and garbage disposal (NDP Task Force, 1989). As a result, the health of natives deteriorates earlier than non-natives (Driedger, 1987). Many lose their lives early to alcoholism, poor nutrition and poverty.

As well, the native population has a higher prevalence of tuberculosis and diabetes than the non-native population (Driedger, 1987). And while one in ten non-native women has experienced some form of abuse, eight of ten native women have been abused or assaulted (Ontario Native Women's Association, 1989).

b. Use of Health and Social Services

Common to all native groups is the difficulty gaining access to services that many non-native Ontarians take for granted. In part, this is related to regional variations in the availability of health and social services, with fewer services in the North where most native people live. For example, some native communities have only one doctor. And many native people live in remote fly-in communities where there are no health care professionals

---

[1]1986 census data for native people were not published because of data quality errors.

(Ministry of Community and Social Services, 1989). In the large urban centres, discrimination is another problem faced by the native population when they try to obtain health and social services (Nicholson, 1987).

In the past, many native people lived in extended family settings. Where the elderly performed important functions. But in the typical reserve house today there is no room for the extended family. As a result, many elders must travel south to live in nursing homes and homes for the aged where they receive culturally-inappropriate care (NDP Task Force, 1989).

c. Economic Status

Native women are one of the most economically disadvantaged groups in Ontario. Labour force participation rates for native women are forty-one percent compared with fifty-five percent for non-native women (Nicholson, 1987). When native women *do* enter the labour force they are usually employed in jobs which are part-time, unstable, and low-paying. Native women often find it difficult to find employment in the rural areas where many of them live (Nicholson, 1987).

Incomes of native persons tend to be lower than the incomes of other Canadians, except disabled persons. In 1985, fifty-four percent of native people had incomes below $10,000 a year (National Council of Welfare, 1988). The average income for Ontarians in the same year was $19,864 (Statistics Canada, 1986).

Poor work earnings early in life adversely affect native women upon retirement. And, although they receive the standard Old Age Security and Guaranteed Income Supplement, it is often not enough to purchase the higher priced goods and services in rural and northern Ontario (Nicholson, 1987).

5. Rural Women

Most Ontarians live in the south and in large urban centres. Still, one million persons reside in rural Ontario towns of 30,000 persons or less (Stone and Frenken, 1988).

Small towns in Ontario show a high concentration of persons sixty-five years of age and over. Villages with populations between 1,000 and 2,500 have the highest concentration of old people. Almost fifteen percent of the population of towns less than 10,000 are over age sixty-five, compared with only eight percent in urban areas with populations greater than 500,000 (Stone and Frenken, 1988).

In most cases, rural women's experience of aging mirrors that of women living in larger urban centres. The major differences are related to access to health, social, and transportation services, and to economic status.

a. Use of Health and Social Services

Regional variations in the delivery of health and social services are common. Although there is a persistent myth that "country people look after their own," this appears not to be the case (Cape, 1982). Health and social services that many of us take for granted in the large urban areas are just not available in rural areas. Medical specialists and paramedic personnel are scarce or non-existent (Cape, 1987). Usually only one doctor serves a rural community. This means that older women must either travel to receive necessary services, or go without them.

Homemaker and home support services are vital to rural communities (Joseph and Fuller, 1988). Without such services, many semi-independent rural seniors are inappropriately placed in homes for the aged, nursing homes and chronic care facilities (Joseph and Fuller, 1988).

b. Transportation

The adequacy of transportation services varies widely between rural and urban areas. Inferior transportation is common in rural areas. As a rule, there are no buses or taxis in rural communities (Harkin, 1990). Therefore, many older women living in rural areas depend on others to take them to and from services.

c. Economic Status

Inadequate transportation services and lack of childcare facilities hinder rural women's ability to get well paying jobs. When they do work outside the home, it is often in low-paying, part-time jobs without pension plans (Harkin, 1990). As a result, many rural women are not financially prepared for retirement .

Many rural farm women lose their financial support upon marriage breakdown. Unless they have a legal partnership agreement to the farm, they can be left economically vulnerable in old age (Watkins, 1985).

CONCLUSION

A population shift of unparalleled magnitude is now taking place (Kernaghan and Duper, 1983). Declines in both fertility and mortality rates are changing the balance of old and young people in the population. Social scientists predict that by the year 2011, nearly one in six Ontarians will be over 65, compared with approximately one in nine today (Ontario Ministry of Community and Social Services, 1989). The number of persons 75 and over will double between 1986 and 2100 (Ontario Ministry of Treasury and Economics, 1986).

The most dramatic increase will be seen among seniors aged 85 and over (Stone and Frenken, 1988). Older women will continue to outnumber men, although there may be a slight increase in the ratio of men to women (Stone and Frenken, 1988).

The sheer number of women requiring health and social services is growing, placing increased demand on services. It appears that many women, particularly those with special needs, will continue to have difficulty gaining access to appropriate health and social services.

REFERENCES

Access Alliance. *Proposal to Establish the Multicultural Community Health Centre* (Toronto: 1987).

Association canadienne-francais de l'Ontario. *Personal Communication* (July 1990).

Baker, M. *Aging in Canadian Society* (Toronto: McGraw-Hill Ryerson, 1988).

Barnett, R.C. and G.K. Baruch. "Women in the Middle Years: A Critique of Research and Theory." *Psychology of Women Quarterly 3*, 1978.

Brock, A. and P. O'Sullivan. "From Wife to Widow: Role Transition in the Elderly." *Journal of Psychosocial Nursing 23* (12), 1985.

Canadian Medical Association. *Health Care for the Elderly: Today's Challenges: Tomorrow's Options* (Ottawa: 1987).

Canadian Public Health Association. *Ethnicity and Aging: Report of a National Workshop on Ethnicity and Aging* (1988).

Canadian Senior's Network. *Habitat: A National Seniors Housing Consultation* (Ottawa: 1989).

Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees. *After the Door has Opened: Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees in Canada* (Health and Welfare: Ottawa, 1988).

Cape, E. "Aging Women in Rural Society: Out of Sight, Out of Mind." *Resources for Feminist Research* (July 1982).

Cape, E. "Aging Women in Rural Setting." In V.W. Marshall (ed.), *Aging in Canada* (Toronto: Fitzhenry and Whiteside, 1987).

Carey, E. "Growing Old on a Wing and Prayer." *The Toronto Star* (April 22, 1989).

Cobb, J.O. *Understanding Menopause* (Toronto: Key Porter Books, 1988).

Cohen, G. "Disabled Worker." *Perspectives* (Winter 1989).

Cohen, L. *Small Expectations: Society's Betrayal of Older Women* (Toronto: McClelland and Stewart, 1984).

Conable, C. *Aging and the Global Agenda for Women: Conversations in Nairobi* (American Association for International Aging, 1986).

Connidis, I. "The Service Needs of Older People: Implications for Public Policy." *Canadian Journal on Aging 4* (1) 1985.

Council on Aging of Ottawa-Carleton. *Too Old Yet Too Young: An Account of Women in Limbo* (Ottawa: 1984).

DeMarco, C. "The Sexes Just Aren't Equal When it Comes to Booze." *Today's Health* February/March 1990.

Denton, M. and C. Davis. *Patterns of Support: The Use of Support Services Among Senior Citizen Public Housing Tenants in Ontario* (Toronto: Ontario Ministry of Housing, 1986).

Disman, M. *Ethnicity and Aging* (Toronto: University of Toronto, 1988).

Doress, P.B. and D.L. Siegal. *Ourselves Growing Older: Women Aging with Knowledge and Power* (New York: Simon and Schuster, 1987).

Doyle, R. and L. Visano. *Access to Health and Social Services for Diverse Cultural and Racial Groups in Metropolitan Toronto*, Report 3. (Toronto: Social Planning Council of Metropolitan Toronto, 1987).

Driedger, L. and N. Chappell. *Aging and Ethnicity: Toward an Interface* (Toronto: Butterworths, 1987).

Dulude, L. *Pension Reform with Women in Mind* (Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1981).

Estes, C.L. and L. Gerard. "Women and the Economics of Aging." *International Journal of Health Services* 14 (1) 1984.

Evans, R. "Hang Together or Hang Separately: The Viability of a Universal Health Care System in an Aging Society." *Canadian Public Policy* 13 (2) 1987.

Feinson, M. "Aging and Mental Health: Distinguishing Myth From Reality." *Research on Aging* 7 (2) 1985.

Fletcher, S. and L. Stone. *The Living Arrangements of Canada's Older Women/Les Modes d'Habitation des Femmes Agées au Canada* (Ottawa: Statistics Canada, 1982).

Gee, E. and Kimball. *Women and Aging* (Toronto: Butterworths, 1987).

Gelein, J.L. "Aged Women and Health." *Nursing Clinics of North America* 17 (1) 1982.

Gerber, L.M. "Ethnicity Still Matters: Socio-Demographic Profiles of the Ethnic Elderly in Ontario." *Canadian Ethnic Studies* 15 (3) 1983.

Gibson, M.J. *Older Women Around the World* (Washington, D.C.: International Federation on Aging, 1985).

Gorrie, P. "More Women to be Covered by Pay Equity." *Toronto Star* (March 3, 1990).

Gunderson, M. *Employment Income/Revenue d'emploi* (Ottawa: Statistics Canada, 1989).

Hamilton, K. and H. Trepanier. "Hospital Care in the 21st Century." *Canadian Social Trends* (Winter 1989).

Harding, J. "Mood-Modifiers and Elderly Women in Canada: The Medicalization of Poverty." In K. McDonnell (ed.), *Adverse Effects: Women and the Pharmaceutical Industry* (Toronto: Women's Press, 1986).

-----, "Social Trends in Prescribing Mood-Modifying Drugs to Women." *Canadian Family Physician* 33 (1987).

Harkin, D. *Personal Communication* (June 1990).

Health and Welfare. *The Active Report on Seniors* (Ottawa: Canada 1989).

-----, *Proceedings of the National Symposium on Changing Patterns of Health and Disease in Canadian Women* (Ottawa: 1988).

Heiple, P. "Health Care for Older Women: Toward a More Humanistic Approach." *Family and Community Health* 3 (4) 1981.

Hess, B. "Poverty." In G.L. Maddox (ed.), *The Encyclopedia of Aging* (New York: Springer Pub. Co., 1987).

-----, "Old Women: Problems, Potential and Policy Implications." In E.W. Markson and G.R. Batra (eds.), *Public Policies for an Aging Population* (Lexington, Mass.: Lexington Books, 1980).

Hodge, G. "Assisted Housing for Ontario's Rural Elderly: Shortfalls in Product and Location." *Canadian Journal on Aging* 6 (2), 1987.

Horwitz, A. "Pathways into Psychiatric Treatment: Some Differences Between Men and Women." *Journal of Health and Social Behavior* (18), 1977.

Hrankowski, P. *Elderly Women: The Invisible Majority* (Ottawa: National Association of Women and the Law, 1987). 1988.

Institute for Health Care Facilities of the Future. *Aging: Future Health Care Delivery* (Ottawa: 1988a).

-----, *Future Health: A View of the Horizon* (Ottawa: 1988b).

Joseph, A.E. and A.M. Fuller. *Aging in Rural Communities: Interrelated Issues in Housing, Services and Transportation* (Guelph, Ontario: Gerontology Research Centre, 1988).

Kahn, E.D. "The Women's Movement and Older Women's Health: Issues and Policy Implications." *Women and Health* 9 (4) 1984.

Kaufert, P.A. *Women and Their Health in the Middle Years* Winnipeg, Manitoba: NHRDP Project No. 6607-1240-42. 1987.

Kernaghan, K. and O. Kuper. *Coordination in Canadian Governments: A Case Study of Aging Policy* (Toronto: Institute of Public Administration of Canada, 1983).

LaPierre, L. *Canadian Women: Profile of Their Health* (Ottawa: Statistics Canada, 1984).

La Rosa, L. "Immigrant Women and Mental Health." *Common Ground* (6) 1987.

Lee, C. "Not Quite a Refuge: Refugee Women in Canada." *Healthsharing* (4) 1988.

Leslie, L.A. and S.M. Swider. "Changing Factors and Changing Needs in Women's Health Care." *Nursing Clinics of North America* 21 (1) 1986.

Lewis, M. "Older Women and Health: An Overview." *Women and Health* 10 (2) 1985.

Lindsay, C. and S. Donald. "Income of Canada's Seniors." *Canadian Social Trends (Autumn* 1988).

Livson, F.B. "Pathways to Psychological Health in the Middle Years: Sex Differences." In D.H. Eichorn et. al. (eds.), *Present and Past in Middle Life* (New York: Academic Press, 1981).

MacDonald, A. *Transportation: Options for the Future* (Ottawa: National Advisory Council on Aging, 1989).

MacLean, M. and R. Bonar. "The Ethnic Elderly in a Dominant Culture Long-term Care Facility." *Canadian Ethnic Studies* 15 (3) 1983.

Maloney, M. *Women and Income Tax Reform* (Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women, 1987).

Manitoba Advisory Council on the Status of Women. *Response to "Elder Abuse in Manitoba" Manitoba Seniors' Directorate Discussion Paper* (Winnipeg, Manitoba: 1989).

Marshall, D. *Silver Threads: Critical Reflections on Growing Old* (Toronto: Between the Lines, 1987).

Maxwell, J. *Aging with Limited Health Resources: Proceedings of a Colloquium on Health Care* (Ottawa: Economic Council of Canada, 1986).

McDaniel, S.A. "Getting Older and Better: Women and Gender Assumptions in Canada's Aging Society." *Feminist Perspectives* 11, 1988.

McElmurry, B. and S.J. LiBrizzi. "The Health of Older Women." *Nursing Clinics of North America* 21 (1) 1986.

Metropolitan Toronto District Health Council. *Housing and the Health of the Elderly* (Toronto: 1988).

Minister's Advisory Group on Health Promotion. *Health Promotion Matters in Ontario* (Toronto: Queen's Park, 1987).

Minkler, M. and R. Stone. "The Feminization of Poverty and Older Women." *The Gerontologist* 25 (4) 1985.

Moses, A.E. and R.O. Hawkins. *Counselling Lesbian Women and Gay Men.* (Toronto: C.V. Mosby, 1982).

National Advisory Council on Aging. *Housing an Aging Population: Guidelines for Development and Design* (Ottawa: 1987).

-----, *1989 and Beyond: Challenges of an Aging Canadian Society/ 1989 et Après. Les défis d'une société canadienne vieillissante* (Ottawa: 1989).

-----, *Toward a Community Support Policy for Canadians/ Vers une politique soutien cômmunautaire pour les canadiens (Ottawa: 1986).*

-----, *Understanding Seniors' Independence: The Barriers and Suggestions for Action/ Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés: Les obstacles et les avenues de solutions* (Ottawa: 1989).

National Council of Welfare. *Poverty Profile 1988* (Ottawa: 1988)

Neugarten, B. "Aging Social Policy Issues for the Developed Countries." In M. Bergener (ed.), *Aging in the Eighties and Beyond: Highlights of the Twelfth International Congress of Gerontology* (New York: Springer, 1983).

New Democratic Party Task Force. *First Come, Last Served. Native Health in Northern Ontario* (December 1989).

Nicholson, J.P. *Economic Status of Native Women in Ontario* (May 1987).

Nolan, J.W. "Developmental Concerns and the Health of Midlife Women." *Nursing Clinics of North America* 21 (1), 1986.

Novak, M. *Aging and Society: A Canadian Perspective* (Scarborough: Nelson Canada, 1988).

Office for Disabled Persons. *Statistical Profile of Disabled Persons in Ontario* (Toronto: 1988).

Office for Senior Citizens' Affairs. *Mandate* (Toronto: 1989).

Office of Francophone Affairs. *Annual Report: 1987-88* (Toronto: 1988).

Ontario Advisory Council on Senior Citizens. *Aging Together: An Exploration of Attitudes Towards Aging in Multicultural Ontario/ Viellir Ensemble: Un enquête sur les attitudes face en viellissement dans le contexte multiculturel de l'Ontario* (Toronto: 1988).

-----, *Annual Report 1988/89* (Toronto: 1989).

-----, *The Freedom to Move is Life Itself: A Report on Transportation in Ontario (Toronto:* 1987).

-----, *A Report on Elder Abuse* (Toronto: 1987).

Ontario Advisory Council on Women's Issues. *A Brief to the Pharmaceutical Inquiry of Ontario* (Toronto: 1989).

Ontario Ministry of Agriculture and Food. *Women in Rural Life: The Changing Scene* (Toronto: 1984).

Ontario Ministry of Citizenship. *Ethnocultural Data Base: Socio-Demographic Profile, Immigrant Population* (Toronto: 1986).

Ontario Ministry of Community and Social Services. *Looking Ahead: Trends and Implications in the Social Environment* (Toronto: 1989).

Ontario Ministry of Health. *Deciding the Future of Our Health Care* (Toronto: 1989).

-----, *Women's Health Bureau: An Advocate in Government for Women's Health Issues* (Toronto: 1988).

Ontario Ministry of Housing. *Annual Report: 1988-89* (Toronto: 1989).

-----, *Choices: More Housing Alternatives for Seniors* (Toronto: 1987).

-----, *More Than Just a Roof: Action to End Homelessness in Ontario* (Toronto: 1988).

Ontario Ministry of Transportation. *Annual Report 1988-1989* (Toronto: Ministry of Transportation, 1989).

Ontario Ministry of Treasury and Economics. *Ontario Statistics, 1986* (Toronto: 1986).

Ontario Native Affairs Directorate. *The Role and Responsibilities of the Ontario Native Affairs Directorate* (Toronto: 1990).

Ontario Native Women's Association. *Breaking Free: A Proposal for Change to Aboriginal Family Violence* (Thunder Bay, Ontario: 1989).

Ontario Nurses' Association. *Caring for the Elderly*. Position Paper 5. (February 1986).

Ontario Public Health Association. *Fact Sheet on Long Term Care Reform in Ontario* (Toronto: 1990).

Ontario Women's Directorate. *Women in Caregiving Occupations* (Toronto: 1989).

-----, *Year-End Report 1988-89* (Toronto: 1989).

Pearce, S. "Older Women" in *Ageing and Society* 9 (3) September 1989.

Porcino, J. *Growing Older, Getting Better: A Guidebook for Women in the Second Half of Life* (Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1983).

Premier's Council on Health. *From Vision to Action: Report of the Health Care System Committee* (Toronto: 1989).

Priest, G. "Living Arrangements of Canada's "Older Elderly" Population." *Canadian Social Trends* (Autumn 1988).

Public Health Service. "Report of the Public Health Service Task Force on Women's Health Issues." *Public Health Reports 100* (1) 1985.

Report of the Ontario Health Review Panel. *Toward A Shared Direction for Health in Ontario* (Toronto: Queen's Park, 1987).

Report of the Panel on Health Goals for Ontario. *Health for All Ontario* (Toronto: Queen's Park, 1987).

Report of the Scott, McKay, Bain Health Panel. *From Here to There: Steps Along the Way* (Sioux Lookout: 1980).

Renshaw, D.C. "Sexuality in Older Women?" *Journal of Clinical Psychiatry* 42 (1) 1981.

Robinson, K. "Older Women Who Are Caregivers." *Health Care for Women International* 9, 1988.

Rotman, P. *Women and Alcohol Use: A Review of the Research Literature* (Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, 1988).

Savas, D. *Profile of the Franco-Ontarian Community* (Toronto: Office of Francophone Affairs, 1988).

Seccombe, K. and G. Lee. "Gender Differences in Retirement: Satisfaction and Its Antecedents." *Research on Aging* 8 (3) 1986.

Seniors' Secretariat. *Proceedings of the Round Table on Women and Aging /Compte rendu de la table ronde sur la femme et le vieillissement* (Ottawa: Health and Welfare, 1988).

-----, *Women in an Aging Society: Report of Proceedings of a National Workshop/La femmes dans un société vieillissante: Compte rendu* (Halifax, Nova Scotia: 1988).

Sisler, B.B. *Responses to Arguments Against Homemaker Participation in the Canada/Quebec Pension Plan* (Toronto: 1986).

Spencer, L. *Personal Communication.* (June 1990).

Statistics Canada. *Earnings of Men and Women* (Ottawa: Statistics Canada, 1988).

-----, *The Labour Force: Annual Averages* (Ottawa: Statistics Canada, 1989).

Steinhauer, M.B. and S.S. Auslander. "Policy Directions and Program Design: Issues and Implications in Services for the Older Woman." In G.L. Caravaglia (ed.), *The World of the Older Woman: Conflicts and Resolutions* (New York: Human Sciences, 1984).

Stone, L. *Family and Friendship Ties Among Canada's Seniors: An Introductory Report of Findings from the General Social Survey/ Liens de famille et d'amitié chez les Canadiens Ages: Rapport préliminaire sur les résultats de l'enquête social générale* (Ottawa: Statistics Canada, 1988).

Stone, L. and S. Fletcher. *The Seniors Boom: Dramatic Increases in Longevity and Prospects for Better Health/Le Boom du Trosième Age: Hausses de la longévité et meilleures perspective de santé* (Ottawa: Statistics Canada, 1986).

Stone, L. and H. Frenken. *Canada's Seniors: 1986 Census of Canada/Les Personne Agées au Canada: Recensement du Canada* (Ottawa: Statistics Canada, 1988).

Task Force on Improved Accessibility to Conventional Transit Services *Report of the Task Force on Improved Accessibility to Conventional Transit Services for Frail and Ambulatory Disabled Persons* (Toronto: 1988).

Thornae, H. and G. Maddox. "Foundations of a Policy for the Aged in the Eighties and Beyond: A Message to the World Assembly on Aging of the United Nations." *New Perspective on Old Age: A Message to Decision Makers* (New York: Springer Pub., 1982).

Turner, B. and C. Adams. "Sexuality of Older Women." In E.W. Markson *Older Women* (Lexington Mass.: Lexington Books, 1983).

Ujimoto, K.V. "The Ethnic Dimension of Aging in Canada." In V. Marshall (ed.), *Aging in Canada* (Don Mills, Ontario: Fitzhenry and Whiteside, 1986).

Verbugge, L.M. "Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence." *Journal of Health and Social Behavior* 26 (9) 1985.

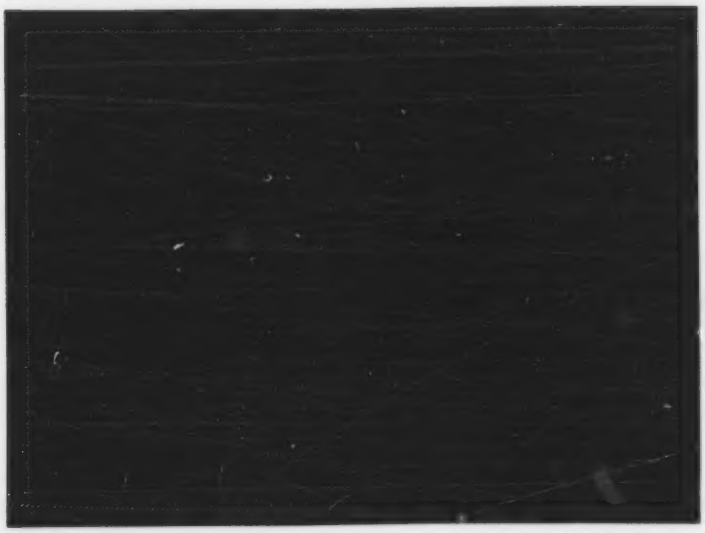
Waldron, I. "An Analysis of Causes of Sex Differences in Mortality and Morbidity." In W.R. Gove and G. Carpenter (eds.), *The Fundamental Connection Between Nature and Nurture* (Toronto: Lexington Books, 1982).

Watkins, S. *What are You Worth? A Study of the Economic Contribution of Eastern Ontario Farm Women to the Family Farm Enterprise* (Women for the Survival of Agriculture: 1985).

Williamson, J.B., Evans, L. and L.A. Powell. *The Politics of Aging: Power and Policy* (Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Pub., 1982).

Williamson, J.B. and J.A. Shindul. *Aging and Public Policy: Social Control or Social Justice?* (Springfield, Evans, Illinois: Charles C. Thomas Pub., 1985).

Wylie, C.M. "Contrasts in the Health of Elderly Men and Women: An Analysis of Recent Data for Whites in the United States." *Journal of the American Geriatric Society* (9), 1984.



ONTARIO
ADVISORY COUNCIL
ON WOMEN'S ISSUES

CONSEIL CONSULTATIF
DE L'ONTARIO SUR LA
CONDITION FÉMININE

UN DOCUMENT-DÉBAT SUR

LES FEMMES ET LE VIEILLISSEMENT

EN ONTARIO

Mars 1991

MANDAT DU CONSEIL

Le Conseil consultatif sur la condition féminine a été constitué par le gouvernement ontarien en 1973. C'est un organisme indépendant qui est en mesure de remettre en question l'orientation et les politiques gouvernementales. Le mandat du Conseil est de conseiller le gouvernement sur les questions se rapportant à la réalisation de l'égalité économique, sociale et juridique des femmes; de donner son avis au ministre lorsque celui-ci ou celle-ci en fait la demande; de tenir des assemblées publiques afin de sensibiliser la population aux questions féminines et d'être à l'écoute des opinions des femmes; de déterminer les secteurs qui méritent une attention particulière du gouvernement et de recommander au (à la) ministre délégué(e) à la Condition féminine des modifications aux lois et programmes gouvernementaux. Le Conseil est composé de 15 membres, à temps partiel, qui reflètent la diversité géographique et culturelle de l'Ontario.

MEMBRES DU CONSEIL

Susan McDonald, vice-présidente, Arva

Marielle Cousineau, Kapuskasing

Margot Dallaire, Sudbury

Bernice Dubec, Thunder Bay

Mila Eustaquio, Mississauga

Dianne Harkin, Winchester

Catherine McPherson, Toronto

Sarah Melvin, Sioux Lookout

Lana Mitchell, North Bay

Helen Penfold, Owen Sound

Carrol Anne Sceviour, Toronto

Lucya Spencer, Ottawa,

Lynn Zimmer, Peterborough

PERSONNEL

Elayne Ceifets, directrice génerale (poste intérimaire)

Lydia Oleksyn, agente de communications

Melody CarvalhoMount, adjointe administrative

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire ii

A. Introduction 1
- ■Historique 1
- ■Cadre du rapport 2
- ■Remarques sur le vieillissement 2

B. Le vieillissement : une question féminine 3
- ■L'espérance de vie 3
- ■Les attitudes de la société envers les femmes plus âgées 4
- ■La santé 5

  la ménopause, l'ostéoporose, la cardiopathie, le cancer, la nutrition, la dépression, l'usage de médicaments prescrits sur ordonnance, l'abus de substances, le mauvais traitement des femmes plus âgées, la maladie d'Alzheimer
- ■L'usage des services sociaux et de soins de santé 11
- ■Le statut économique 12

  les femmes plus âgées et la pauvreté, les facteurs du statut économique des femmes plus âgées, les femmes plus âgées sur le marché du travail
- ■Les relations humaines 16

  les femmes mariées, divorcées, veuves et célibataires, les femmes plus âgées qui prennent soin des autres, la sexualité
- ■Le logement 17
- ■Les transports 18

C. Les femmes plus âgées ayant des besoins spéciaux 20
- ■Les femmes handicapées 20
- ■Les immigrantes 22
- ■Les femmes francophones 23
- ■Les femmes autochtones 24
- ■Les femmes des milieux ruraux 26

Conclusion 28

Bibliographie 29

SOMMAIRE

Une décennie s'est presque écoulée depuis que le Conseil consultatif sur la condition féminine de l'Ontario a présenté un rapport sur les femmes et le vieillissement au gouvernement de l'Ontario. Le tableau alors dépeint de la situation des femmes plus âgées en Ontario était plutôt sombre. Sous beaucoup d'aspects, la situation des femmes plus âgées a peu changé depuis ce rapport.

Nous examinons dans ce document la vie actuelle des femmes plus âgées en Ontario. Nous considérons tout d'abord le vieillissement en tant que question féminine. Dans la section B, nous décrivons les problèmes qui touchent spécifiquement les femmes plus âgées. Nous traitons dans la section C des questions essentielles qui préoccupent les femmes plus âgées ayant des besoins spéciaux (c.-à-d., les femmes handicapées, les immigrantes, les femmes francophones, les femmes autochtones et les femmes des milieux ruraux).

Bien que le vieillissement pose des problèmes aux hommes comme aux femmes, certains aspects de cette question concernent uniquement les femmes. Le vieillissement peut donc être traité en tant que question féminine. Nous examinons dans ce rapport des questions comme l'espérance de vie, les préjugés de la société à l'égard des hommes et des femmes plus âgés, la santé, l'accès aux services sociaux et de soins de santé ainsi que le statut économique :

- Les femmes vivent plus longtemps que les hommes bien que l'écart entre le taux de mortalité des hommes et celui des femmes se resserre.
- Les femmes plus âgées font l'objet de discrimination fondée à la fois sur l'âge et le sexe.
- Au cours de leur vie, les femmes, plus que les hommes, souffrent de maladies chroniques.
- Les femmes plus âgées font plus souvent appel aux services sociaux et de soins de santé que les hommes. Les femmes plus âgées sont plus pauvres que les hommes plus âgés.
- Le revenu peu élevé des femmes en début de carrière a des effets adverses sur les sommes épargnées au moment de la retraite.

- Les femmes plus âgées peuvent s'attendre à vivre seules pendant les dernières années de leur vie.
- Les femmes plus âgées ont plus de difficultés que les hommes à obtenir un logement décent.
- Un plus grand nombre de femmes plus âgées que d'hommes plus âgés vivent en établissement, bien que ça ne soit pas le cas pour la grande majorité.

Bien qu'il ne soit pas facile de vieillir quand on est une femme, les femmes ayant des besoins spéciaux (c.-à-d., les femmes handicapées, les immigrantes, les femmes autochtones, les femmes francophones et les femmes des milieux ruraux ont bien d'autres problèmes que ceux associés normalement au vieillissement :

- Les femmes handicapées sont doublement handicapées lorsqu'elles vieillissent en raison des préjugés de la société, de leur faible situation économique, de leur mauvaise santé et des difficultés qu'elles ont à utiliser les services de soins de santé.
- En vieillissant, les immigrantes ont bien d'autres problèmes que ceux des autres femmes plus âgées. Elles ont rarement des pensions adéquates et beaucoup de services leur sont inaccessibles en raison des différences de langue.
- Les problèmes des femmes francophones sont comparables à ceux des autres femmes plus âgées en Ontario. Toutefois, elles ont tendance à avoir de la difficulté à obtenir des services sociaux et de soins de santé en français. En tant que groupe, elles sont également désavantagées sur le plan économique.
- Les femmes autochtones plus âgées sont, sur tous les plans, plus défavorisées que la plupart des femmes en Ontario. Elles doivent lutter contre la discrimination, la pauvreté, le manque de logement à prix modique et de services qui tiennent compte des différences linguistiques et culturelles.
- Dans la plupart des cas, les difficultés associées au vieillissement sont sensiblement les mêmes pour les femmes des milieux ruraux que pour celles qui résident dans des centres urbains. Cependant, il y a une grande différence en ce qui a trait à l'accessibilité des services sociaux et des soins de santé et des moyens de transport.

A. INTRODUCTION

1. Historique

En 1982, le Conseil ontarien du statut de la femme (l'ancien Conseil consultatif de l'Ontario sur la condition féminine) a présenté un rapport sur les femmes et le vieillissement au gouvernement de l'Ontario. Ce rapport traitait des femmes plus âgées en Ontario et mettait l'accent sur la sécurité du revenu, le droit familial, la santé, l'éducation, le logement, le transport et la sécurité personnelle. Le rapport comportait un certain nombre de recommandations visant à améliorer la situation des femmes plus âgées en Ontario.

Ce rapport peignait un sombre tableau de la situation des femmes plus âgées en Ontario. En 1982, beaucoup de femmes ontariennes plus âgées vivaient près ou en-dessous du seuil de la pauvreté, occupaient un logement inadéquat et avait un accès limité aux services sociaux et de soins de santé. Un grand nombre d'entre elles avaient été durement éprouvées par leur veuvage et leur solitude des dernières années de leur vie.

Presqu'une décennie s'est écoulée depuis que le Conseil a présenté ce rapport. Depuis lors, on fait de plus en plus pression pour améliorer la situation des femmes plus âgées. Au Canada comme aux États-Unis, des groupes de pression féminins s'inquiètent beaucoup de la situation des femmes plus âgées. Par ailleurs, des groupes de personnes âgées exercent une pression grandissante pour éveiller l'attention du public sur les besoins des personnes âgées des deux sexes.

Dans certains cas, le gouvernement a effectué les changements qui s'imposaient. Dans d'autres, en particulier la question des pensions des personnes au foyer, le gouvernement n'a pris aucune mesure, malgré les revendications continues des groupes de pression. Dans bien des domaines importants, la situation des femmes plus âgées en Ontario a peu changé depuis 1982.

2. Cadre du rapport

Nous examinons dans ce document la vie actuelle des femmes plus âgées en Ontario. Nous considérons tout d'abord le vieillissement en tant que question féminine. Dans la section B, nous décrivons les problèmes concernant spécifiquement les femmes plus âgées. Nous traitons dans la section C des questions importantes qui préoccupent les femmes plus âgées ayant des besoins spéciaux (c.-à-d., les femmes handicapées, les immigrantes, les femmes francophones, les femmes autochtones et les femmes des milieux ruraux).

3. Remarques sur le vieillissement

Les gérontologues répartissent la population vieillissante en trois groupes : les personnes âgées de 65 à 74 ans, celles âgées de 75 à 84 ans et celles de 85 ans et plus (Joseph et Fuller, 1988). Bien que 65 ans soit l'âge sur lequel on se base pour mesurer la population vieillissante, cette base de calcul est, dans une large mesure, arbitraire. D'une part, beaucoup de personnes âgées se sentent jeunes à soixante-cinq ans et seraient offensées si on les traitait de vieilles ou de vieux. D'autre part, les personnes âgées de moins de soixante-cinq ans ont un grand nombre des problèmes associés à la vieillesse.

Pour les besoins de ce rapport, le terme «femmes plus âgées» s'applique aux personnes de cinquante-cinq ans et plus. En 1986, 1 039 465 femmes âgées de cinquante-cinq ans et plus vivaient en Ontario.

B. LE VIEILLISSEMENT : UNE QUESTION FÉMININE

Le vieillissement pose des problèmes aux hommes comme aux femmes. Une perspective de santé déclinante, des revenus financiers réduits et des choix limités dans une société favorisant les jeunes les attendent au tournant. La plupart des vieillards ont du mal à utiliser les transports publics et certains d'entre eux vivent dans des logements qui ne sont pas toujours confortables.

Il y a cependant certaines préoccupations reliées au vieillissement qui sont uniques aux femmes. Elles incluent, l'espérance de vie, les attitudes de la société vis-à-vis des femmes âgées, la santé, l'accès aux services sociaux et de soins de santé et le statut économique.

Nous examinons dans cette section les différences fondamentales qui existent entre les hommes et les femmes par rapport au vieillissement. La place importante qu'occupent les relations sociales, le logement et les transports dans l'existence des femmes âgées y est aussi décrite.

1. L'espérance de vie

D'une manière simple, le vieillissement est une question féminine puisque les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes parmi la population âgée.

Les femmes plus âgées représentent maintenant la majorité du monde en expansion et sont plus nombreuses que les hommes dans la plupart des pays (Gibson, 1985). Ce déséquilibre est apparu vers les années 70 (Stone et Frenken, 1988). Cette baisse du pourcentage d'hommes par rapport aux femmes commence à l'âge de quarante-cinq ans.

En Ontario, de nos jours, l'espérance de vie pour les femmes est estimée à 80,5 ans alors que pour les hommes, elle est de 73,7 ans (Ministère du Trésor et de l'Économie, 1986). La durée moyenne de la vie d'une femme en Ontario a augmenté de plus de dix-sept ans depuis 1971.

Dans l'ensemble, une femme peut s'attendre à passer seule les dernières années de sa vie. Il y a actuellement un déséquilibre croissant entre le nombre d'hommes et de femmes toujours en vie au dernier stade de la vieillesse. Depuis 1981, le nombre de femmes de 85 ans et plus est le double du nombre d'hommes de ce groupe d'âges (Stone et Frenken, 1988).

Des chercheurs attribuent cette différence de longévité entre la femme et l'homme à toutes sortes de raisons.

Certains croient que les gènes des chromosomes «X» favorisent de manière capitale la survie de la femme, lui offrant de meilleurs moyens de résistance à de nombreuses maladies mortelles (Wylie, 1984). D'autres affirment que le mode de vie des hommes est l'un des facteurs décisifs qui déterminent leur décès à un plus jeune âge (Verbugge, 1985). Par exemple, ils associent leur décès prématuré à leur consommation plus grande de tabac et d'alcool, à un comportement du type «A» et aux risques présentés par la pratique de sports violents. Une autre raison d'expliquer la longévité plus grande de la femme est le fait que les hommes sont plus souvent exposés à des dangers environnementaux dans leur travail (Lewis, 1985).

Vraisemblablement, toutes ces différences touchant à l'espérance de vie sont dues à l'ensemble des raisons énumérées ci-dessus.

2. Les attitudes de la société envers les femmes plus âgées

Il n'est pas besoin de chercher loin pour s'apercevoir de la façon dont les femmes plus âgées sont perçues par la société. Les médias déversent des portraits négatifs des femmes âgées. Dans une société qui valorise la jeunesse et la beauté, les femmes plus âgées sont dépeintes laides et sans attraits sexuels. Alors que les cheveux gris d'un homme sont qualifiés de «distingués», les cheveux grisonnants et les rides d'une femme sont les signes de la vieillesse. Et contrairement aux hommes âgés, les femmes âgées doivent faire face à une discrimination fondée à la fois sur l'âge et le sexe (Steinhauer et Auslander, 1984). Les gérontologues prédisent qu'une conséquence positive d'une population vieillissante sera de changer, pour le mieux, l'idée que l'on s'en fait (Williamson et. al., 1982). On peut espérer qu'avec une population vieillissante, les médias la représenteront d'une manière plus positive.

Et le stigmate associé à la vieillesse devenant moins prononcé, celui de la femme âgée le deviendra également.

3. La santé

La santé dépend de différents facteurs. La prédisposition aux maladies chez un individu, est une partie importante de l'équation. Également importante est l'influence que les conditions économiques, y compris le logement et le travail, ont sur la santé d'une personne. Les personnes ayant un revenu modeste courent beaucoup plus de risques de mourir à un plus jeune âge que les personnes dont le revenu est élevé (Cohen, 1984).

Durant leur vie, les femmes sont plus exposées aux maladies chroniques que le sont les hommes. Elles se plaignent davantage de problèmes de santé, d'activité plus limitée et de plus de stress que les hommes du même âge (Santé et Bien-être social, 1984).

Elles passent aussi, en moyenne par année, plus de jours à l'hôpital que les hommes (Lapierre, 1984).

Quelques problèmes de santé physique et mentale, les plus communs chez les femmes, sont décrits ci-dessous.

a. La ménopause

Les publications sur la santé des femmes plus âgées abondent d'articles sur la ménopause. Beaucoup de chercheurs voient en effet la ménopause comme étant le fait dominant de la vie des femmes vieillissantes. Bien que du point de vue biologique, la ménopause soit une étape naturelle de la vie d'une femme, le traitement médical est souvent conseillé. Beaucoup de médecins la considère comme une maladie (manque d'estrogène) qui peut être guérie par des estrogènes synthétiques (Cobb, 1988). Il n'est donc pas rare que les femmes ménopausées reçoivent des estrogènes synthétiques ou même subissent une hystérectomie au nom d'un «bien-être général» (Porcino, 1983).

Pour beaucoup de femmes cependant, la ménopause n'est pas la cause de dépression ni de troubles nerveux. En fait, des études récentes démentent le cliché de la femme ménopausée déprimée (Kaufert, 1987). Il est évident que pour de nombreuses femmes, la ménopause est en réalité un évènement positif (Cobb, 1988). La ménopause délivre la femme

de la crainte d'une grossesse non désirée et lui donne un regain de liberté, puisqu'elle coïncide souvent avec le départ des enfants.

C'est seulement récemment que les femmes peuvent se procurer de l'information sur la ménopause qui soit présentée en termes simples (Cobb, 1988). Ces écrits s'attaquent surtout au point de vue médical de la ménopause et donnent aux femmes d'autres choix que la thérapie de l'estrogène synthétique.

b. L'ostéoporose

Vingt-cinq pour cent des femmes âgées de plus de soixante ans souffrent d'ostéoporose, une maladie débilitante qui rend les os minces et poreux et qui se rencontre plus souvent chez les femmes blanches, minces, à l'ossature délicate (Porcino, 1983).

L'ostéoporose peut entraîner la perte des dents et des fractures du poignet à partir de l'âge de cinquante ans environ, des fractures spinales entre l'âge de cinquante-cinq et de soixante-quinze ans, et des fractures de la hanche entre soixante-dix et quatre-vingt ans (Doress et Siegal, 1987).

Les cas sévères d'ostéoporose entraînent souvent des conséquences psychologiques et sociales. La déformation causée par l'ostéoporose laisse une femme vulnérable et frêle, en proie à la discrimination due à son apparence, et sans grande estime de soi.

c. La cardiopathie

La cardiopathie, considérée pendant longtemps comme une maladie masculine, augmente lentement parmi les femmes. En 1966, de tous les décès dus à la cardiopathie en Ontario, quarante pour cent étaient des femmes (Ministère du Trésor et de l'Économie, 1986). L'augmentation du taux de cardiopathie chez les femmes est probablement due à leur participation croissante dans des emplois stressants, à l'obligation de maintenir un juste équilibre entre la famille et le travail, et à l'augmentation du nombre de femmes qui fument. En adoptant les habitudes traditionnelles masculines, les femmes ont augmenté leur risque de

cardiopathie. Les chercheurs qui ont pris part à l'étude Framingham ont constaté que les femmes qui présentaient un comportement du «Type A» étaient plus susceptibles à la cardiopathie que les femmes qui ne faisaient pas partie de cette catégorie (Porcino, 1983).

b. Le cancer

Les femmes atteintes du cancer en meurent plus rarement que les hommes. Néanmoins, après la cardiopathie, le cancer est la cause majeure de décès chez les Ontariennes âgées de soixante-cinq ans et plus (Ministère du Trésor et de l'Économie, 1986). On estime qu'une femme sur cinq mourra du cancer.

Les femmes post-ménopausées sont le plus souvent menacées du cancer du sein, suivi de près par celui du poumon. Le cancer colo-rectal, utérin et ovarien est aussi commun chez les femmes vieillissantes (Santé et Bien-être social, 1988). Le cancer du poumon qui augmente rapidement supplantera bientôt le cancer du sein comme première cause de décès chez les femmes (Santé et Bien-être social, 1988).

L'environnement, l'hérédité et le mode de vie semblent jouer un rôle dans la cause du cancer. En effet, le taux de cancer augmente avec l'exposition aux radiations, aux pesticides et à l'amiante (Doress et Siegal, 1987).

Le traitement médical traditionnel du cancer est une combinaison d'intervention chirurgicale, de radiation et de chimiothérapie. La nécessité de recourir à l'intervention chirurgicale fait l'objet de beaucoup de controverses. Comme les thérapies traditionnelles n'ont pas amélioré de manière significative les pourcentages de survie et ont d'importants effets secondaires, certaines femmes essaient des thérapies non traditionnelles telles que régime alimentaire, visualisation, herbalisme et homéopathie.

Bien que l'on puisse prévenir beaucoup de cancers, moins d'un pour cent du budget de soins de santé est alloué aux programmes de prévention. Le gouvernement de l'Ontario a récemment subventionné un programme de dépistage du cancer du sein destiné particulièrement aux femmes de la cinquantaine. Grâce à ce programme de dépistage précoce, on espère réduire le taux de morbidité du cancer du sein.

e. La nutrition

En vieillissant, les besoins nutritifs changent. Les changements alimentaires liés à l'âge, incluent une capacité réduite d'absorber le fer et les protéines, et de digérer les graisses (Porcino, 1983). Plus de femmes âgées que d'hommes âgés se nourrissent mal, car plus de femmes âgées vivent seules, près ou en-dessous du seuil de la pauvreté, et ne peuvent se permettre de maintenir un régime alimentaire sain (Porcino, 1983). De même, beaucoup de femmes plus âgées ont du mal à faire les courses, et quand elles sont seules, n'ont ni le désir ni la capacité de préparer un repas nutritif pour elles-mêmes.

Une mauvaise nutrition peut entraîner des troubles mentaux et physiques chez les femmes plus âgées (Cohen, 1984). Le rétrécissement du corps, les os friables, la sénilité, la constipation chronique et la perte d'intérêt de soi sont des conséquences de la malnutrition.

f. La dépression

En vieillissant, les femmes connaissent beaucoup de changements, plus spécialement dans le domaine des relations sociales. Alors que le vieillissement peut avoir ses bons côtés, c'est une période de la vie marquée par la disparition progressive des réseaux de soutien, l'isolement, et une difficulté croissante à accomplir de simples tâches quotidiennes.

Plus de femmes que d'hommes souffrent de dépression vers la fin de leur vie. Les recherches indiquent que la dépression est deux fois plus commune chez les femmes que chez les hommes (Lewis, 1986). Mais ce sont également les femmes plus que les hommes qui cherchent à s'en guérir (Horwitz, 1977).Les chercheurs ne semblent pas s'entendre sur les causes de la dépression chez les femmes vieillissantes. Certains attribuent surtout la dépression de la femme plus âgée à la ménopause et à l'anticipation anxieuse d'un changement de rôle (Livson, 1981), d'autres assurent que leur situation économique inférieure en est la cause (Feinson, 1985).

Une autre cause de dépression, souvent citée dans diverses publications, est le syndrome du foyer déserté. Alors que certaines femmes sont attristées par le départ de leurs enfants, c'est pour d'autres l'occasion de jouir d'une nouvelle liberté (Gee et Kimball, 1987).

g. L'usage de médicaments prescrits sur ordonnance

Les femmes sont traitées différemment des hommes quand elles cherchent une cure à leurs problèmes de santé (Conseil consultatif de l'ontario sur la condition féminine, 1989). Beaucoup de médecins ont recours aux médicaments pour soigner les femmes. Souvent, les femmes consultent plusieurs médecins qui leur prescrivent différents médicaments (Conseil consultatif de l'Ontario sur la condition féminine, 1989). Ceci peut causer de sérieux problèmes d'interaction médicamenteuse.

On prescrit aux femmes âgées, beaucoup plus souvent qu'aux hommes, des tranquillisants tels que le Valium. Harding (1987) a constaté que pendant une période de 18 mois, on avait prescrit des tranquillisants à deux fois plus de femmes que d'hommes de soixante ans. Bien que ces médicaments créent, dans beaucoup de cas, une très grande dépendance, les compagnies pharmaceutiques dépensent des millions de dollars pour la promotion de tranquillisants, comme cure miracle de la dépression et de l'anxiété chez les femmes (Doress et Siegal, 1987).

Les recherches en cours soulignent la nécessité de concevoir des programmes de traitement adaptés aux besoins des femmes toxicomanes et alcooliques. Mais peu de centres de traitement prévoient des lits pour les femmes, et encore moins pour les femmes âgées.

h. L'abus de substances

Dans notre société, le tabou de la femme alcoolique pousse beaucoup de femmes à boire en secret. Souvent, elles arrivent à si bien cacher leur alcoolisme que l'on ne s'en aperçoit qu'au moment où elles atteignent déjà un âge fort avancé (DeMarco, 1990).

L'alcool provoque des réactions différentes chez la femme que chez l'homme. Comme il se métabolise de façon différente par les femmes, elles s'enivrent plus vite que les hommes (DeMarco, 1990). L'alcoolisme est une cause de décès plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Un plus grand nombre de femmes que d'hommes meurent de causes reliées à l'alcoolisme, telles que le suicide, les troubles circulatoires et la cirrhose du foie (Rotman, 1988). Une femme peut être atteinte de la cirrhose du foie en ne consommant que la moitié de l'alcool consommé par un homme. (DeMarco, 1990).

Le mélange d'alcool et de médicaments prescrits sur ordonnance a des effets catastrophiques (Cohen, 1984). Les femmes qui prennent des médicaments ont besoin de consommer moins d'alcool pour devenir euphoriques. Les femmes polytoxicomanes souffrent davantage de pertes de mémoire et de troubles de santé que la normale.

i. Le mauvais traitement des femmes plus âgées

Les femmes plus âgées sont souvent victimes de mauvais traitements. La femme typique maltraitée est âgée de 75 ans, socialement isolée, en mauvaise santé et dépendante d'une autre personne pour sa survie (Porcino, 1983). Les mauvais traitements infligés aux femmes plus âgées peuvent se traduire de diverses façons comme, la négligence (défaut de procurer à une personne le nécessaire vital : nourriture, vêtements, logement, soins de santé), la violence physique, l'agression sexuelle, et l'exploitation financière (vol ou extorsion). Les femmes plus âgées que l'ont maltraite sont souvent trop effrayées ou frêles pour se sortir de cette situation (Ministère des Services sociaux et communautaires, 1989).

Les difficultés financières et le stress associé au rôle de gardien ou de gardienne d'une personne âgée font que les femmes plus âgées sont souvent victimes de mauvais traitements. Si les personnes maltraitées sont en grande majorité des femmes, ce sont aussi les femmes qui s'en occupent qui sont typiquement responsables du mauvais traitement des gens âgés (Manitoba Advisory Council on the Status of Women, 1989). Par contre, ce sont les hommes qui en majorité maltraitent les plus jeunes femmes.

j. La maladie d'Alzheimer

Environ cinq pour cent des personnes âgées souffrent de la maladie d'Alzheimer, bien que cette maladie ne soit pas une conséquence du vieillissement normale. La maladie d'Alzheimer est trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Cette maladie incurable se traduit par une détérioration lente et progressive associée à des modifications anormales des tissus du cerveau. La maladie dure souvent pendant de longues

années et l'aggravation est progressive. Le début est insidieux, marqué par des pertes de la mémoire et des modifications discrètes de la personnalité; vers la fin, les troubles du comportement sont sévères et le décès est souvent inévitable (Porcino, 1983).

C'est la plupart du temps à la femme que revient la tâche de prendre soin d'un conjoint ou d'un parent âgé atteint de la maladie d'Alzheimer.

4. L'usage des services sociaux et de soins de santé

C'est un fait reconnu qu'une grande partie du budget de soins de santé va aux personnes âgées. Ces dernières occupent un plus grand nombre de lits d'hôpitaux et d'établissements de soins de longue durée que la moyenne de la population. En 1989, les vieillards représentaient onze pour cent de la population de l'Ontario, bien que quarante-cinq pour cent du budget de soins de santé leur ait été attribué (Ministère de la Santé de l'Ontario, 1989).

Les hommes et les femmes plus âgés font appel à toutes sortes de services de soins de santé offerts dans le cadre de leur communauté ou d'établissements. Toutefois, les femmes plus âgées ont davantage recours à ces services que les hommes plus âgés (Lapierre, 1984).

Ces différences sexuelles sont probablement culturelles, soit qu'il y a davantage de partis pris à l'égard des hommes qui se plaignent de troubles de santé.

Les femmes plus âgées, plus que tout autre groupe, sont les victimes de traitements inadéquats. Beaucoup de femmes plus âgées estiment que leur médecin ne les informe pas suffisamment sur les questions touchant au vieillissement (Cobb, 1988). De même, selon les déclarations de femmes qui ont affaire au système de soins de santé, la négligence et le manque de respect à leur égard, surtout de la part d'hommes médecins, ne serait pas une chose rare (Cobb, 1988). Peu de médecins aiment soigner les personnes âgées et encore moins lorsque ce sont des femmes (Lewis, 1985).

5. Le statut économique

a. Les femmes plus âgées et la pauvreté

Les femmes plus âgées sont dans l'ensemble plus pauvres que les hommes plus âgés. En fait, soixante-et-onze pour cent des personnes âgées pauvres sont des femmes (Conseil national du Bien-être social, 1988). Les femmes, plus souvent que les hommes, sont appelées à vivre près ou en-dessous du seuil de la pauvreté (Ministère des Services sociaux et communautaires, 1987).

Les femmes qui vivent près ou en-dessous du seuil de la pauvreté ainsi que celles dont le revenu est faible ont de nombreux problèmes reliés à leur statut économique. Les personnes pauvres sont plus prédisposées aux troubles et aux maladies chroniques que celles dont le revenu est adéquat. Elles vivent souvent dans des logements insalubres, ce qui affecte leur état de santé (Cohen, 1984).

La pauvreté des femmes plus âgées est due aux effets cumulatifs de leur statut inférieur au sein de la société. Il existe un rapport direct entre la situation économique inéquitable des femmes plus âgées et leur situation inéquitable en tant que femmes mariées (Estes, 1984). Les femmes au foyer ne sont pas rétribuées pour leurs services et lorsqu'elles entrent sur le marché du travail, elles sont surtout concentrées dans les occupations «féminines» mal rémunérées et offrant peu d'avantages sociaux.

Le statut économique des femmes plus âgées est également relié à la longévité et à la situation financière de leur conjoint ainsi qu'à leur statut matrimonial. La situation financière des femmes plus âgées mariées est meilleure que celle des veuves et des femmes divorcées ou séparées (Gee et Kimball, 1987).

b. Les facteurs du statut économique des femmes plus âgées

i. Iniquités salariales entre les hommes et les femmes

En Ontario, pour chaque dollar gagné par un homme, une femme ne gagne que 0,645 $ (Direction générale de la condition féminine de l'Ontario, 1989). En 1988, le salaire annuel moyen était de 35 918 $ pour les hommes, comparativement à 23 260 $ pour les femmes (Statistique Canada, 1988).

Les iniquités salariales en début de carrière ont des répercussions sur les pensions de retraite. Même si pendant son mariage une femme bénéficie du salaire plus élevé de son conjoint, au décès de ce dernier, elle n'a parfois droit qu'à une partie de ses prestations.

ii. Les ghettos d'emplois féminins

La différence de revenu entre les hommes et les femmes est directement reliée au type de travail effectué. Bien que les femmes représentent presque cinquante-neuf pour cent de la main-d'oeuvre, elles sont concentrées dans le secteur tertiaire où elles occupent des postes subalternes et hors cadres (Direction de la condition féminine de l'Ontario, 1989). En 1986, six pour cent seulement des femmes ontariennes occupaient des postes de direction ou d'administration (ministère des Affaires civiques, 1986). Au cours de la même année, une canadienne sur cinq occupait un emploi mal rémunéré de secrétaire, de vendeuse ou de comptable (Direction de la condition féminine de l'Ontario, 1989).

Les lois sur l'équité salariale exigent à présent que les employeurs comparent les emplois occupés principalement par des femmes avec ceux où les hommes prédominent et qu'ils leur versent le même salaire pour un travail de valeur équivalente. Toutefois, la loi actuelle ne s'applique pas aux entreprises de moins de dix employé(e)s ni à celles où ne travaillent que des femmes. La loi sur l'équité salariale ne présente aucun avantage pour environ 750 000 des 2,2 millions de femmes qui travaillent en Ontario (Gorrie, 1990).

iii. Les régimes de pension

Les hommes comme les femmes ont besoin d'une pension de retraite. Cependant, les femmes qui n'ont pas d'emploi rémunéré n'ont pas droit aux prestations du Régime de pensions du Canada. Même lorsque les femmes cotisent au Régime de pensions du Canada, leur taux de cotisation diffère de celui des hommes.

En 1986, soixante-dix-neuf pour cent des hommes canadiens âgés de soixante-cinq ans et plus, comparativement à seulement quarante-sept pour cent des femmes du même groupe d'âges, recevaient des prestations du Régime de pensions du Canada (Lindsay et Donald, 1988).

Certaines entreprises ont un régime de pension privé. Toutefois, celles-ci sont généralement syndicalisées et offrent de meilleurs salaires. Les régimes de pension privés sont plus rares dans le secteur tertiaire où il y a une forte concentration de femmes. Les régimes privés tout comme le Régime de pensions du Canada (voir section D) dépendent des cotisations versées pendant la vie active des participant(e)s au régime.

Les régimes de pension privés désavantagent les femmes de quatre façons :

- Comparativement aux hommes, il est beaucoup moins probable que les femmes travaillent pour des entreprises qui ont un régime de pension privé;
- Si elles cotisent à un régime de pension privé, leurs cotisations sont généralement moins élevées que celles des hommes étant donné que, dans l'ensemble, elles gagnent moins;
- Les femmes n'ont pas, comme les hommes, la possibilité de cotiser de façon continue à un régime de pension privé car elles travaillent souvent de façon intermittente. Il est en effet fréquent qu'elles quittent le marché du travail pour élever leurs enfants ou prendre soin de parents âgés;
- Plus d'un quart de la main-d'oeuvre féminine travaille à temps partiel et n'a donc pas le droit de participer au régime de pension de l'entreprise.

Les pensions de «personne au foyer» sont un moyen d'améliorer le statut économique des femmes plus âgées. Grâce à une pension de «personne au foyer», les femmes qui n'ont pas d'autre revenu reçoivent une pension qui est calculée d'après un salaire arbitraire correspondant à la moitié du salaire moyen des Canadiens (Sisler, 1986). Toutefois, cette

base de calcul fait que les pensions de «personne au foyer» sont tout à fait insuffisantes pour vivre adéquatement.

c. Les femmes plus âgées sur le marché du travail

i. L'agéisme

L'agéisme est la discrimination à l'égard des personnes âgées. Lorsque les femmes plus âgées retournent sur le marché du travail, beaucoup d'entre elles réalisent qu'elles n'ont pas l'expérience requise. Leurs aptitudes professionnelles sont souvent dépassées. D'autre part, les employeurs ne tiennent pas compte de leur expérience de travail au foyer.

ii. Une charge de travail double

L'augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail se traduit par une charge de travail double. Elles ne sont pas rétribuées pour leur travail au foyer et elles gagnent en moyenne moins que les hommes. Les femmes qui assument à la fois les rôles d'employée, de maîtresse de maison et de mère de famille travaillent en moyenne soixante heures par semaine. La contribution que les femmes apportent à leur famille est loin d'être financièrement récompensée à la retraite.

iii. La retraite

Les recherches indiquent que l'expérience de la retraite est moins bonne pour les femmes que pour les hommes (Seccombe et Lee, 1986). Selon toutes probabilités, cette situation est due au fait que les femmes ont de plus petits moyens que les hommes pendant leur retraite. D'autre part, comme les femmes vivent plus longtemps que les hommes, leur revenu de retraite doit être réparti sur une plus grande période. De même, les femmes retraitées vivent seules pendant plus longtemps, après le décès de leur conjoint.

6. Les relations humaines

a. Les femmes mariées, divorcées, veuves et célibataires

La plupart des femmes plus âgées de la génération actuelle se sont mariées jeunes et se retrouveront probablement seules pendant les dernières années de leur vie. Toutefois, le nombre de veuves âgées de soixante-cinq ans et plus a légèrement baissé depuis 1966 (Stone et Frenken, 1988).

Bien que le veuvage soit inéluctable pour beaucoup de femmes âgées, elles sont généralement mal préparées, tant sur le plan émotif que financier. Peu de veuves se remarient car il y a peu d'hommes disponibles. Bien que la société accepte facilement qu'un homme âgé épouse une femme plus jeune que lui, elle n'encourage pas une femme âgée à épouser un homme plus jeune qu'elle. Loin de l'encourager, la société la condamne. (Porcino, 1983).

Le groupe qui augmente le plus rapidement parmi les femmes de plus de soixante-cinq ans est celui des divorcées (Stone et Frenken, 1988).

b. Les femmes plus âgées qui prennent soin des autres

Lorsque les personnes chargées d'élaborer les politiques parlent d'intégration communautaire des personnes âgées, elles entendent souvent par cela, confier cette tâche à une épouse ou à une fille (Novak, 1988). Les femmes âgées, plus que les hommes, prennent soin de leurs vieux parents, de leurs enfants qui grandissent et de leur conjoint malade, à une période de leur vie où elles-mêmes ont des problèmes de santé et où leurs ressources financières diminuent (Gee et Kimball, 1987). C'est pourquoi les femmes âgées sont souvent «prises au piège» entre les demandes de leurs enfants et celles de leurs vieux parents.

Prendre soin d'un conjoint ou d'un membre de la famille malade peut être extrêmement stressant. Pourtant, les personnes à qui revient cette tâche sont peu aidées. La situation est ironique car sans les services bénévoles des femmes, beaucoup de personnes âgées seraient prématurément placées en établissement.

Certaines femmes plus âgées travaillent dans des établissements de prestation de soins. Elles sont en contrepartie mal rémunérées et reçoivent peu de remerciements pour leurs services (Direction de la condition féminine de l'Ontario, 1989).

c. La sexualité

Un certain nombre de mythes continuent de renforcer le stéréotype de la femme âgée peu désirable ou sexuellement inactive. L'image stéréotypée de la femme plus âgée est celle d'une femme asexuée, pour qui l'acte sexuel est déplaisant. (Doress et Siegal, 1987).

Bien qu'il ne soit pas rare pour certaines femmes, aux environs de la cinquantaine, d'être moins actives sur le plan sexuel - souvent à la ménopause - il n'y a aucune raison physique pour que les femmes âgées cessent d'avoir des rapports sexuels (Turner et Adams, 1983). En fait, beaucoup de femmes continuent d'avoir des rapports sexuels satisfaisants jusqu'à un âge fort avancé (Doress et Siegal, 1987). L'inhibition du désir sexuel et de la performance se produit parfois chez un petit nombre de femmes âgées qui ont eu une hystérectomie ou une mastectomie, sont alcooliques ou toxicomanes.

Comme les femmes vivent plus longtemps que les hommes, les possibilités d'avoir des relations hétérosexuelles diminuent lorsqu'elles vieillissent. Dans quelques cas, une femme choisit d'avoir des rapports intimes avec une autre femme.

7. Le logement

Le choix de logement pour les personnes âgées dépend souvent de leur revenu, de leur état de santé et des services de soutien communautaires disponibles.

Les personnes du troisième âge préfèrent autant que possible ne pas vivre en établissement (Conseil consultatif national sur le troisième âge, 1986). Toutefois, les ressources communautaires ne sont pas toujours suffisantes pour leur permettre de vivre dans leur propre foyer ou dans la communauté.

Dans la mesure où le logement est fonction du revenu, les femmes plus âgées ont plus de difficultés que les hommes à se loger correctement. Comparativement aux hommes, il y a de plus fortes chances qu'elles habitent dans des logements subventionnés (Denton, 1986).

Avec le soutien nécessaire, un nombre croissant de femmes plus âgées semi-autonomes pourraient continuer de vivre dans leur communauté (Metropolitan Toronto District Health Council, 1988). Cependant, les longues listes d'attente et l'accessibilité limitée aux services de soutien à domicile (aide familiale, courses, réparations, visites), font que ces femmes ont du mal à vivre seules dans leur foyer. Malgré le besoin évident de tels services, les programmes de soutien à domicile et d'aide familiale ne reçoivent qu'une petite partie de l'ensemble du budget alloué aux services sociaux et de soins de santé (Novak, 1988).

Lorsqu'elles sont en mauvaise santé, le choix de logement est limité pour les femmes plus âgées. La plupart des femmes plus âgées en mauvaise santé finissent leur vie dans des hôpitaux de soins de longue durée ou dans des maisons de soins infirmiers (Cohen, 1984). En 1984, 71,3 % des personnes résidant dans des foyers pour personnes âgées étaient des femmes (Ministère du Trésor et de l'Économie, 1986). La proportion de femmes occupant un lit dans les foyers pour personnes âgées augmente avec l'âge, les femmes de plus de 85 ans occupant la plus grande proportion de lits (Ministère du Trésor et de l'Économie, 1986). En 1971, quatorze pour cent des femmes âgées de 85 ans et plus vivaient en établissement. En 1986, ce pourcentage est passé à dix-neuf (Priest, 1988).

Bien qu'un plus grand nombre de femmes que d'hommes vivent en établissement, ce n'est pas le cas pour la grande majorité des femmes plus âgées ontariennes. Il n'en reste pas moins que le taux de placement en établissement des personnes âgées - de plus de neuf pour cent en Ontario - est l'un des plus élevés au monde (Carey, 1989).

8. Les transports

Il existe un rapport direct entre la santé et le bien-être des femmes plus âgées et l'accessibilité aux services de transport. Lorsque les transports sont médiocres et inaccessibles, les personnes plus âgées ont difficilement accès aux services communautaires. D'autre part, le manque de transport condamne les femmes plus âgées à l'isolement. Il leur

est souvent difficile de faire des courses, de rendre visite à des amies ou d'obtenir les soins médicaux nécessaires. Ces problèmes sont encore plus prononcés dans les petits centres urbains et les régions rurales.

Pour que les services de transport soient accessibles aux personnes plus âgées, certaines conditions s'imposent. Les services doivent être situés à proximité de leur lieu de résidence et elles doivent pouvoir monter et descendre facilement du véhicule. Les renseignements doivent être clairement indiqués sur le véhicule pour permettre aux personnes souffrant de troubles visuels de les reconnaître et la sécurité des passagers et des passagères doit être assurée, en particulier le soir.

Si la plupart des personnes âgées ont du mal à utiliser les services de transport en commun, les femmes plus âgées doivent en plus se préoccuper de leur propre sécurité, surtout le soir. Bien sûr, ceci est un problème qui préoccupe les femmes toute leur vie.

C. LES FEMMES PLUS ÂGÉES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX

Bien qu'il ne soit pas facile d'être femme et de vieillir, certaines femmes ont des problèmes qui dépassent ceux «normalement» associés au vieillissement. Dans la plupart des cas, la situation des femmes handicapées, des immigrantes, des femmes autochtones, des femmes francophones et des femmes des milieux ruraux est plus critique que celle du reste de la population. Nous examinons dans cette section les préoccupations particulières de ces groupes.

1. Les femmes handicapées

L'Organisation mondiale de la santé définit «l'incapacité» comme suit : « Toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.» (Office des personnes handicapées, 1988). Une personne peut être handicapée à la naissance ou le devenir au cours de sa vie.

En Ontario, plus de 400 000 femmes de cinquante-cinq ans et plus ont signalé en 1986 qu'elles étaient atteintes d'un handicap (Office des personnes handicapées, 1988). Les restrictions le plus fréquemment mentionnées avaient trait à la mobilité, à l'agilité, à la vue et à l'ouïe. Presque vingt-cinq pour cent de tous les adultes handicapés sont des femmes plus âgées (Office des personnes handicapées, 1988).

Il est tout particulièrement difficile de vieillir lorsqu'on est une femme handicapée. Dans une large mesure, le vieillissement présente plus de problèmes pour les femmes handicapées que pour le reste de la population car elles sont en plus victimes de préjugés, leur situation économique est faible, elles sont en mauvaise santé et ont de la difficulté à avoir accès aux services sociaux et de soins de santé et aux transports.

a. Statut économique

Le taux de pauvreté des personnes handicapées est plus élevé que celui de n'importe quel autre groupe. Peu de femmes plus âgées handicapées ont un revenu annuel supérieur à 7 000 $ ou 8 000 $ (Conseil national du Bien-être social, 1988), ce qui les situe, pour la plupart, en-dessous du seuil de la pauvreté.

Étant donné que les femmes handicapées sont mal rémunérées jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans, leur pension de retraite est insuffisante. Comparativement aux autres femmes, les femmes plus âgées handicapées sont plus souvent célibataires et, par conséquent, beaucoup d'entre elles ne bénéficient pas de la pension d'un conjoint (Office des personnes handicapées, 1988).

b. La santé

Les femmes handicapées de tous âges souffrent plus de troubles de santé que celles qui ne le sont pas. Comparativement aux hommes handicapés, elles ont généralement plus souvent besoin d'aide pour effectuer leurs tâches quotidiennes. Beaucoup d'entre elles indiquent qu'elles ne sortent pas de chez elles et qu'elles vivent dans l'isolement complet (Office des personnes handicapées, 1988). La dépression est sans doute très répandue chez les femmes plus âgées handicapées.

c. L'usage des services sociaux et de soins de santé

Les femmes handicapées de tous âges ont de la difficulté à utiliser les services sociaux et de soins de santé. Dans de nombreux cas, les services leur sont souvent inaccessibles, sur le plan physique, et également en raison de préjugés à leur égard. Les femmes handicapées indiquent qu'elles ne peuvent pas toujours se déplacer pour bénéficier de ces services et que les personnes qui dispensent les soins font souvent peu cas de leurs préoccupations. Pour compliquer la question, certaines femmes handicapées (par ex., les personnes mentalement handicapées, celles souffrant de la maladie d'Alzheimer) reçoivent parfois des traitements auxquels elles n'ont pas consenti.

d. Les transports

Les femmes plus âgées handicapées ont des problèmes particuliers en ce qui concerne les transports. Vingt-cinq pour cent d'entre elles ne peuvent pas utiliser les transports en commun (Office des personnes handicapées, 1988). Elles ont de la difficulté à se rendre à l'arrêt d'autobus ou à la station de métro ainsi qu'à monter et à descendre du véhicule.

Beaucoup de femmes handicapées font appel à des services de transport «parallèle» comme Para Transpo à Ottawa, mais ces services n'existent que dans les grands centres urbains. Les usagers doivent faire des réservations quatre jours à l'avance.

2. Les immigrantes

En 1986, vingt-cinq pour cent de tous les résidents et résidentes de l'Ontario étaient nés ailleurs qu'au Canada. De ces vingt-cinq pour cent, 8,8 % étaient des femmes âgées de soixante-cinq ans et plus (Ministère des Affaires civiques, 1986). Chaque année, 50 000 immigrants et réfugiés arrivent en Ontario. La plupart d'entre eux viennent d'Asie, d'Afrique et d'Amérique Centrale (Ministère des Services sociaux et communautaires, 1989).

En vieillissant, les immigrantes ont des problèmes que les autres femmes n'ont pas. Leur situation économique et leur état de santé sont généralement moins bons et les services sociaux et de soins de santé qui tiennent compte des différences culturelles sont rares.

a. Le statut économique

Étant donné qu'une grande partie des femmes qui immigrent en Ontario sont parrainées par un membre de leur famille, elles n'ont pas droit aux services et aux programmes sociaux comme le Bien-être social, le Régime de sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti. Comparativement aux autres femmes, les immigrantes ont davantage tendance à occuper des postes non syndiqués, peu rémunérés et à être groupées dans des ghettos d'emplois. Ignorantes de leurs droits au Canada, beaucoup d'immigrantes sont exploitées sur le plan professionnel (Spencer, 1990). D'autre part, leur pension de retraite est rarement adéquate, étant donné leur revenu peu élevé en début de carrière. Beaucoup d'immigrantes vivent donc dans la pauvreté.

b. La santé

Les immigrantes plus âgées sont particulièrement susceptibles de souffrir de troubles mentaux. Un grand nombre d'entre elles immigrent en Ontario pour s'occuper de leur famille. Les différentes valeurs des femmes nouvellement immigrées et des membres de leur famille assimilés donnent souvent lieu à des conflits entre générations (Spencer, 1990). Les immigrantes courent également le risque d'être maltraitées par leur conjoint qui ont eux-mêmes de la difficulté à s'adapter à leur nouvelle société (Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale ... 1990).

c. L'usage des services sociaux et de soins de santé

En vieillissant, beaucoup d'immigrantes ont besoin de faire appel aux services sociaux et de soins de santé. Toutefois, étant donné que parmi les immigrants et les immigrantes plus âgés, deux fois plus de femmes que d'hommes ne parlent ni le français ni l'anglais (Association canadienne pour la santé mentale, 1988), l'accès à de nombreux services leur est interdit. De même, beaucoup de personnes qui fournissent des soins de santé ne tiennent pas compte des besoins culturels spécifiques des immigrantes plus âgées (Access Alliance, 1987).

3. Les femmes francophones

En dehors du Québec, l'Ontario a la population francophone la plus importante. Ce groupe minoritaire qui représente 5,5 % de la population réside essentiellement dans le Nord et l'Est de l'Ontario.

Dans l'ensemble, les femmes plus âgées francophones ont le même genre de problèmes que la plupart des femmes plus âgées en Ontario. Toutefois, elles ont davantage de difficultés au niveau des services sociaux et de soins de santé. Par ailleurs, la situation économique des femmes plus âgées francophones est précaire étant donné leurs faibles salaires en début de carrière.

a. L'usage des services sociaux et de soins de santé

La Loi de 1986 sur les services en français stipule que «Chacun a droit à l'emploi du français pour communiquer avec le siège ou l'administration centrale d'un organisme gouvernemental ou d'une institution de la Législature et pour en recevoir les services,...». Bien que la Loi accorde le droit de recevoir des services en français, ces services ne sont pas toujours disponibles lorsqu'on en a besoin (Savas, 1988). En effet, s'il y a déjà peu de professionnels de la santé francophones, il y en a encore moins qui sont des femmes. D'autre part, les services sociaux et de soins de santé en anglais et en français sont peu nombreux dans le Nord de l'Ontario, où beaucoup de Francophones habitent (Savas, 1988).

b. Le statut économique

Bien que les Francophones gagnent en moyenne quatre-vingt-quinze cents pour chaque dollar gagné par la population anglophone de l'Ontario, les femmes francophones gagnent la moitié du revenu moyen des hommes francophones (Savas 1988). Les femmes francophones occupent surtout les postes faiblement rémunérés du secteur tertiaire ou travaillent comme employées de bureau (Ministère des Services sociaux et communautaires, 1989). Leur faible revenu en début de carrière fait donc que beaucoup de femmes plus âgées francophones ont une pension de retraite inadéquate.

4. Les femmes autochtones

En 1981, environ 57 800 femmes autochtones[1] résidaient en Ontario (Nicholson, 1987). La population autochtone comprend les Indiens et les Indiennes inscrits, les Indiens et les Indiennes non-inscrits, les Métis et les Inuit. Chacun de ces groupes a une culture et une langue distinctes.

Il existe peu de données sur les problèmes spécifiques des femmes autochtones plus âgées. Toutefois, les conditions de vie des femmes autochtones de tous âges peut nous

---

[1] Les données du recensement de 1986 effectué auprès des autochtones n'ont pas été publiées en raison de certaines erreurs relatives à la qualité des données.

donner une idée générale de ce que réserve l'avenir aux femmes autochtones plus âgées. Il est raisonnable de supposer qu'en vieillissant, les femmes autochtones auront davantage de problèmes que la plupart des femmes en Ontario.

a. La santé

En Ontario, la population autochtone est plus jeune que la population non autochtone (Nicholson, 1987). En 1981, soixante pour cent des autochtones de l'Ontario étaient âgés de moins de vingt-cinq ans, comparativement à quarante pour cent pour le reste de la population (Nicholson, 1987). Beaucoup de communautés autochtones n'ont pas de services de base (eau, égouts, élimination des déchets) (Groupe de travail du NPD, 1989). En conséquence, les autochtones ont des problèmes de santé à un âge plus jeune que les femmes non autochtones (Driedger, 1987). Le décès prématuré de beaucoup d'entre elles est dû à l'alcoolisme, à la malnutrition et à la pauvreté.

On note également un taux plus élevé de tuberculose et de diabète parmi la population autochtone (Driedger, 1987). Par ailleurs, si une femme non autochtone sur dix est victime de mauvais traitements, huit femmes autochtones sur dix sont victimes de violence ou d'agression (Ontario native Women's Association, 1989).

b. L'usage des services sociaux et des soins de santé

Tous les groupes d'Autochtones ont difficilement accès aux services que beaucoup de personnes en Ontario considèrent comme quelque chose de tout à fait normal. Cette situation est en partie due à l'existence d'une grande diversité régionale en matière de services sociaux et de soins de santé. Par exemple, ces services sont moins nombreux dans le Nord où la plupart des Autochtones habitent. Certaines communautés autochtones n'ont qu'un médecin et beaucoup d'Autochtones vivent dans des régions accessibles uniquement par avion où les professionnels de la santé sont inexistants (Ministère des Services sociaux et communautaires, 1989). Dans les grands centres urbains, la discrimination est un autre problème pour les Autochtones qui ont besoin de services sociaux et de soins de santé (Nicholson, 1987).

Dans le passé, les familles étaient grandes et les aîné(e)s avaient un rôle important. De nos jours, il n'y a pas suffisamment de place dans la maison typique de la réserve pour

accommoder une grande famille. En conséquence, beaucoup de personnes âgées doivent aller vivre au Sud de l'Ontario, dans des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées où l'on ne tient pas compte des différences culturelles (Groupe de travail du NPD, 1989).

c. Le statut économique

En Ontario, les femmes autochtones font partie des groupes les plus défavorisés sur le plan économique. Le taux d'activité des femmes autochtones est de quarante-et-un pour cent comparativement à cinquante-cinq pour cent pour les femmes non autochtones (Nicholson, 1987). Lorsque les femmes autochtones parviennent à entrer sur le marché du travail, elles occupent généralement des postes à temps partiel, instables et mal rémunérés. Les femmes autochtones trouvent difficilement du travail dans les régions rurales, où un grand nombre d'entre elles habitent (Nicholson 1987).

Le revenu des Autochtones a tendance a être moins élevé que celui du reste de la population canadienne, à l'exception des personnes handicapées. En 1985, cinquante-quatre pour cent des Autochtones gagnaient moins de 10 000 $ par an (Conseil national du Bien-être social). Le revenu annuel moyen de la population ontarienne, au cours de la même année, était de 19 864 $ (Statistique Canada, 1986).

Vu leur faible revenu en début de carrière, les femmes autochtones ont une pension de retraite insuffisante. Bien qu'elles reçoivent une pension de sécurité de vieillesse et un supplément de revenu garanti, elles n'arrivent toujours pas à joindre les deux bouts car le coût de la vie et des services est plus élevé dans les régions rurales et dans le Nord de l'Ontario (Nicholson, 1987).

5. Les femmes des milieux ruraux

La plus grande partie de la population de l'Ontario est concentrée dans le Sud et dans les grands centres urbains. Pourtant, un million de personnes résident dans des petites villes de 30 000 habitants ou moins (Stone et Frenken, 1988). On retrouve une forte concentration de personnes âgées de soixante-cinq ans et plus dans les petites villes de l'Ontario. Les villages

dont la population se situe entre 1 000 et 2 500 habitants ont la plus forte concentration de personnes âgées. Les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans représentent presque quinze pour cent de la population des villes de moins de 10 000 habitants alors qu'elles ne représentent que huit pour cent de la population des centres urbains de plus de 500 000 habitants (Stone et Frenken, 1988).

Dans la plupart des cas, les femmes des milieux ruraux ont en vieillissant le même genre de problèmes que celles qui habitent dans de plus grands centres urbains. Il existe toutefois d'importantes différences en ce qui concerne le statut économique et l'accès aux services sociaux et de soins de sa. é ainsi qu'aux transports.

a. L'usage des services sociaux et de soins de santé

Les diversités régionales, pour ce qui est de la prestation des services sociaux et de soins de santé sont chose courante. Bien qu'on persiste à croire que «les personnes qui vivent en milieu rural prennent soin des leurs», la réalité semble différente (Cape, 1982). Les services sociaux et de soins de santé que, dans les grand centres urbains beaucoup d'entre nous acceptent comme un fait donné, n'existent tout simplement pas dans les régions rurales. Les médecins spécialisés et le personnel paramédical sont rares ou absents (Cape, 1987). En général, il n'y a qu'un seul médecin pour toute une collectivité rurale. Cela signifie que les femmes âgées doivent se déplacer pour obtenir les services dont elles ont besoin ou alors, s'en passer.

Les services de soins à domicile et d'aide familiale sont indispensables dans les collectivités rurales (Joseph et Fuller, 1988). Sans ces services, beaucoup de personnes âgées semi-autonomes sont placées à tort dans des foyers pour personnes âgées, des maisons de soins infirmiers ou des établissements de soins de longue durée (Joseph et Fuller, 1988).

b. Les transports

Les services de transport des régions rurales et urbaines varient considérablement. Le manque de transport dans les régions rurales est chose commune. En règle générale, il n'y a pas d'autobus ni de taxis dans les centres ruraux (Harkin, 1990). Beaucoup de femmes âgées des milieux ruraux doivent donc compter sur les autres pour les conduire à ces services.

c. Le statut économique

La médiocrité des services de transport et le manque de garderies d'enfants font que les femmes des milieux ruraux peuvent difficilement obtenir un emploi bien rémunéré. Lorsqu'elles travaillent en dehors du foyer, elles occupent souvent des postes mal rémunérés et à temps partiel dans des entreprises qui n'ont pas de régime de pension (Harkin, 1990). C'est pourquoi beaucoup de femmes des milieux ruraux sont mal préparées, du point de vue financier, à la retraite.

En cas de rupture conjugale, un grand nombre d'entre elles perdent tout soutien financier. À moins qu'elles ne soient associées à l'entreprise agricole, elles sont parfois complètement démunies pendant leur vieillesse (Watkins, 1985).

CONCLUSION

La population fait actuellement l'objet de changements sans précédent (Kernaghan et Kuper, 1983). Avec la diminution des taux de fécondité et de mortalité, on assiste à un déséquilibre entre la population jeune et âgée. Les chercheurs prévoient qu'en l'an 2011, en Ontario, presque une personne sur six sera âgée de plus de 65 ans; il y en a actuellement une sur neuf (Ministère des Services sociaux et communautaires, 1989). Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus doublera entre 1986 et 2100 (Ministère du Trésor et de l'Économie, 1986).

L'augmentation la plus spectaculaire aura lieu parmi les personnes âgées de 85 ans et plus (Stone et Frenken, 1988). Les femmes plus âgées continueront d'être plus nombreuses que les hommes, bien que la proportion d'hommes par rapport aux femmes puisse augmenter légèrement (Stone et Frenken, 1988).

Vu l'accroissement du nombre de femmes ayant besoin de services sociaux et de soins de santé, la demande sera de plus en plus pressante. Tout semble indiquer que l'accès aux services sociaux et de soins de santé appropriés continuera de présenter des problèmes pour beaucoup de femmes, en particulier celles ayant des besoins spéciaux.

BIBLIOGRAPHIE

Access Alliance. Proposal to Establish the Multicultural Community Health Centre (Toronto : 1987).

Association canadienne-française de l'Ontario. Entretien personnel (juillet 1990).

Baker, M. Aging in Canadian Society (Toronto : McGraw-Hill Ryerson, 1988).

Barnett, R.C. et G.K. Baruch. «Women in the Middle Years A Critique of Research and Theory.» Psychology of Women Quarterly 3, 1978.

Brock, A. and P. O'Sullivan. «From Wife to Widow: Role Transition in the Elderly.» Journal of Psychological Nursing 23 (12), 1985.

Association médicale canadienne. Les soins de santé pour gens âgés : Les défis d'aujourd'hui, des solutions pour demain (Ottawa : 1987).

Association canadienne de santé publique. L'ethnicité et le vieillissement : Rapport de l'Atelier national sur l'ethnicité et le vieillissement (1988).

Réseau canadien des aînés. Habitat : Consultations nationales sur le logement pour les gens âgés (Ottawa : 1989).

Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. Puis, la porte s'est ouverte : Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés (Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1988).

Cape, E. «Aging Women in Rural Society: Out of Sight, Out of Mind.» Resources for Feminist Research (juillet 1982).

Cape, E. «Aging Women in Rural Setting.» Dans V.W. Marshall (ed.), Aging in Canada (Toronto : Fitzhenry et Whiteside, 1987).

Carey, E. «Growing Old on a Wing and Prayer.» The Toronto Star (22 avril 1989).

Cobb, J. O. Understanding Menopause (Toronto : Key Porter Books, 1988).

Cohen, G. «Disabled Worker». Perspectives (hiver 1989).

Cohen, L. Small Expectations: Society's Betrayal of Older Women (Toronto : McClelland et Stewart, 1984).

Conable, C. Aging and the Global Agenda for Women: Conversations in Nairobi (American Association for International Aging, 1986).

Connidis, I. «The Service Needs of Older People: Implications for Public Policy.» Canadian Journal on Aging 4 (1) 1985.

Conseil sur le vieillissement de Ottawa-Carleton. Trop vieilles et pourtant trop jeunes : Les femmes de nulle-part (Ottawa : 1984).

DeMarco, C. «The Sexes Just Aren't Equal When it Comes to Booze.» Today's Health, février/mars 1990.

Denton, M. et C. Davis. Patterns of Support: The Use of Support Services Among Senior Citizen Public Housing Tenants in Ontario (Toronto : Ministère du Logement de l'Ontario, 1986).

Disman, M. Ethnicity and Aging (Toronto : Université de Toronto, 1988).

Doress, P.B. et D.L. Siegal. Ourselves Growing Older: Women Aging with Knowledge and Power (New York : Simon et Schuster, 1987).

Doyle, R. et L. Visano. Access to Health and Social Services for Diverse Cultural and Racial Groups in Metropolitan Toronto, Report 3 (Toronto : Social Planning Council of Metropolitan Toronto, 1987).

Driedger, L. et N. Chappell. Aging and Ethnicity: Toward an Interface (Toronto : Butterworths, 1987).

Dulude, L. Pension Reform with Women in Mind (Ottawa : Conseil canadien national sur la situation de la femme, 1981).

Estes, C.L. et L. Gerard. «Women and the Economics of Aging.» International Journal of Health Services 14 (1) 1984.

Evans, R. «Hang Together or Hang Separately: The Viability of a Universal Health Care System in an Aging Society.» Canadian Public Policy 13 (2) 1987.

Feinson, M. «Aging and Mental Health: Distinguishing Myth From Reality.» Research on Aging 7 (2) 1985.

Fletcher, S. et L. Stone. Les modes d'habitation des femmes âgées au Canada (Ottawa : Statistique Canada, 1982).

Gee, E. et Kimball. Women and Aging (Toronto : Butterworths, 1987).

Gelein, J.L. «Aged Women and Health.» Nursing Clinics of North America 17 (1) 1982.

Gerber, L.M. «Ethnicity Still Matters: Socio-Demographic Profiles of the Ethnic Elderly in Ontario.» Canadian Ethnic Studies 15 (3) 1983.

Gibson, M.J. Older Women Around the World (Washington, D.C. : International Federation on Aging, 1985).

Gorrie, P. «More Women to be Covered by Pay Equity.» Toronto Star (3 mars 1990).

Gunderson, M. Revenu d'emploi (Ottawa : Statistique Canada, 1989).

Hamilton, K. et H. Trepanier. «Hospital Care in the 21st Century.» Canadian Social Trends (hiver 1989).

Harding, J. «Mood-Modifiers and Elderly Women in Canada: The Medicalization of Poverty.» In K. McDonnell (ed.), Adverse Effects: Women and the Pharmaceutical Industry (Toronto : Women's Press, 1986).

----, «Social Trends in Prescribing Mood-Modifying Drugs to Women.» Canadian Family Physician 33 (1987).

Harkin, D. Entretien personnel (juin 1990).

Santé et Bien-être. Action Santé : Les aîné(e)s (Ottawa : Canada, 1989)

----, Les profils changeants de la santé et de la maladie chez la femme canadienne - un symposium national (Ottawa : 1988).

Heiple, P. «Health Care for Older Women: Toward a More Humanistic Approach.» Family and Community Health 3 (4) 1981.

Hess, B. «Poverty.» Dans G.L. Maddox (ed.), The Encyclopedia of Aging (New York : Springer Pub. Co., 1987).

----, «Old Women: Problems, Potential and Policy Implications.» Dans E.W. Markson et G.R. Batra (eds.), Public Policies for an Aging Population (Lexington, Mass. : Lexington Books, 1980).

Hodge, G. «Assisted Housing for Ontario's Rural Elderly: Shortfalls in Product and Location.» Canadian Journal on Aging 6 (2) 1987.

Horwitz, A. «Pathways into Psychiatric Treatment: Some Differences Between Men and Women.» Journal of Health and Social Behaviour (18), 1977.

Hrankowski, P. Elderly Women: The Invisible Majority (Ottawa : Association nationale de la femme et le droit, 1987). 1988.

L'Institut pour l'établissement de santé de l'avenir. Le vieillissement : La prestation de soins de santé, demain (Ottawa : 1988a).

----, Future Health: A View of the Horizon (Ottawa : 1988b).

Joseph, A.E. et A.M. Fuller. Aging in Rural Communities: Interrelated Issues in Housing, Services and Transportation (Guelph, Ontario : Gerontology Research Centre, 1988).

Kahn, E.D. «The Women's Movement and Older Women's Health: Issues and Policy Implications.» Women and Health 9 (4) 1984.

Kaufert, P.A. Women and Their Health in the Middle Years. Winnipeg (Manitoba) : Projet NHRDP n° 6607-1240-42. 1987.

Kernaghan, K. et O. Kuper. Coordination in Canadian Governments: A Case Study of Aging Policy (Toronto : Institute of Public Administration of Canada, 1983).

LaPierre, L. Portrait de santé des Canadiennes (Ottawa : Statistique Canada, 1984).

La Rosa, L. «Immigrant Women and Mental Health.» Common Ground (6) 1987.

Lee, C. «Not Quite a Refuge: Refugee Women in Canada.» Healthsharing (4) 1988.

Leslie, L.A. et S.M. Swider. «Changing Factors and Changing Needs in Women's Health Care.» Nursing Clinics of North America 21 (1) 1986.

Lewis, M. «Older Women and Health: An Overview.» Women and Health 10 (2) 1985.

Lindsay, C. et S. Donald. «Income of Canada's Seniors.» Canadian Social Trends (automne 1988).

Livson, F.B. «Pathways to Psychological Health in the Middle Years: Sex Differences.» Dans D.H. Eichorn et. al. (eds.), Present and Past in Middle Life (New York: Academic Press, 1981).

MacDonald, A. Transportation: Options for the Future (Ottawa, Conseil consultatif sur le troisième âge, 1989).

MacLean, M. et R. Bonar. «The Ethnic Elderly in a Dominant Culture Long-term Care Facility.» Canadian Ethnic Studies 15 (3) 1983.

Maloney, M. Les femmes et la réforme des régimes de pensions (Ottawa : Conseil consultatif sur la situation de la femme, 1987).

Manitoba Advisory Council on the Status of Women. Response to «Elder Abuse in Manitoba» Manitoba Seniors' Directorate Discussion Paper (Winnipeg (Manitoba) 1989).

Marshall, D. Silver Threads : Critical Reflections on Growing Old (Toronto : Between the Lines, 1987).

Maxwell, J. Troisième âge et soins de santé : Actes d'un colloque sur le vieillissement de la population et les contraintes financières du secteur de la santé (Ottawa : Conseil économique du Canada, 1986).

McDaniel, S.A. «Getting Older and Better: Women and Gender Assumptions in Canada's Aging Society.» Feminist Perspectives 11, 1988.

McElmurry, B. et S.J. LiBrizzi. «The Health of Older Women.» Nursing Clinics of North America 21 (1) 1986.

Metropolitan Toronto District Health Council. Housing and the Health of the Elderly (Toronto : 1988).

Minister's Advisory Group on Health Promotion. Health Promotion Matters in Ontario (Toronto : Queen's Park, 1987).

Minkler, M. et R. Stone. «The Feminization of Poverty and Older Women.» The Gerontologist 25 (4) 1985.

Moses, A.E. et R.O. Hawkins. Counselling Lesbian Women and Gay Men. (Toronto : C.V. Mosby, 1982).

Conseil consultatif national sur le troisième âge. Loger une population vieillissante : Guide et notes de conception (Ottawa : 1987).

----, 1989 et après. Les défis d'une société canadienne vieillissante (Ottawa : 1989).

----, Vers une politique de soutien communautaire pour les Canadiens (Ottawa : 1986).

----, Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés : Les obstacles et les avenues de solutions (Ottawa : 1989).

Conseil national du Bien-être social. Profil de la pauvreté - 1988 (Ottawa : 1988).

Neugarten, B. «Aging Social Policy Issues for the Developed Countries.» Dans M. Bergener (ed.), Aging in the Eighties and Beyond: Highlights of the Twelfth International Congress of Gerontology (New York : Springer, 1983).

New Democratic Party Task Force. First Come, Last Served. Native Health in Northern Ontario (décembre 1989).

Nicholson, J.P. Economic Status of Native Women in Ontario (mai 1987).

Nolan, J.W. «Developmental Concerns and the Health of Midlife Women.» Nursing Clinics of North America 21 (1), 1986.

Novak, M. Aging and Society: A Canadian Perspective (Scarborough : Nelson Canada, 1988).

Office des personnes handicapées. Profil statistique des personnes vivant avec une incapacité en Ontario (Toronto : 1988).

Office des personnes âgées. Mandat (Toronto : 1989). Office des Affaires francophones. Rapport annuel : 1987-88 (Toronto : 1988).

Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or. Vieillir ensemble : Une enquête sur les attitudes face au vieillissement dans le contexte multiculturel de l'Ontario (Toronto : 1988).

----, Rapport annuel 1988/89 (Toronto : 1989).

----, The Freedom to Move is Life Itself: A Report on Transportation in Ontario (Toronto : 1987).

----, A Report on Elder Abuse (Toronto : 1987).

Conseil consultatif de l'Ontario sur la condition féminine. A Brief to the Pharmaceutical Inquiry of Ontario (Toronto : 1989).

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation de l'Ontario. Women in Rural Life: The Changing Scene (Toronto : 1984).

Ministère des Affaires civiques de l'Ontario. Ethnocultural Data Base: Socio-Demographic Profile, Immigrant Population (Toronto : 1986).

Ministère des Services sociaux et communautaires. Contexte social de demain : Tendances et répercussions (Toronto : 1989).

Ministère de la Santé de l'Ontario. Décider de l'avenir de nos soins de santé (Toronto : 1989).

----, Bureau pour la santé des femmes : An Advocate in Government for Women's Health Issues (Toronto : 1988).

Ministère du Logement de l'Ontario. Rapport annuel : 1988-89 (Toronto : 1989).

----, Choices: More Housing Alternatives for Seniors (Toronto : 1987).

----, Plus qu'un simple toit : Pour mettre fin aux problèmes des sans-abri en Ontario (Toronto : 1988).

Ministère des Transports de l'Ontario. Rapport annuel 1988-1989 (Toronto : Ministère des Transports, 1989).

Ministère du Trésor et de l'Économie de l'Ontario. Statistique Ontario, 1986 (Toronto : 1986).

Direction général des affaires autochtones de l'Ontario. The Role and Responsibilities of the Ontario Native Affairs Directorate (Toronto : 1990).

Association des femmes autochtones de l'Ontario. Breaking Free: A Proposal for Change to Aboriginal Family Violence (Thunder Bay (Ontario) : 1989).

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Caring for the Elderly. Position Paper 5 (février 1986).

Association pour la santé publique de l'Ontario. Fact Sheet on Long Term Care Reform in Ontario (Toronto : 1990).

Direction générale de la condition féminine de l'Ontario. Women in Caregiving Occupations (Toronto : 1989).

----, Rapport annuel 1988-89 (Toronto : 1989).

Pearce, S. «Older Women», dans Aging and Society 9 (3), septembre 1989.

Porcino, J. Growing Older, Getting Better: A Guidebook for Women in the Second Half of Life (Reading, Mass. : Addison-Wesley, 1983).

Conseil du premier ministre sur la santé. Passons à l'action : Rapport du comité consultatif sur le système de santé (Toronto : 1989).

Priest, G. «Living Arrangements of Canada's «Older Elderly» Population.» Canadian Social Trends (autonne 1988).

Public Health Service. «Report of the Public Health Service Task Force on Women's Health Issues.» Public Health Reports 100 (1) 1985.

Rapport du groupe d'étude sur le système de santé de l'Ontario. La santé en Ontario : vers une orientation commune. (Toronto : Queen's Park, 1987).

Rapport du groupe d'experts sur les objectifs en matière de santé en Ontario. La santé pour tout l'Ontario (Toronto : Queen's Park, 1987).

Report of the Scott, McKay, Bain Health Panel. From Here to There: Steps Along the Way (Sioux Lookout : 1980).

Renshaw, D.C. «Sexuality in Older Women?» Journal of Clinical Psychiatry 42 (1) 1981.

Robinson, K. «Older Women Who Are Caregivers.» Health Care for Women International 9, 1988.

Rotman, P. Women and Alcohol Use: A Review of the Research Literature (Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, 1988).

Savas, D. Profile of the Franco-Ontarian Community (Toronto : Office des Affaires francophones, 1988).

Seccombe, K. et G. Lee. «Gender Differences in Retirement: Satisfaction and Its Antecedents.» Research on Aging 8 (3) 1986.

Secrétariat du troisième âge. Compte rendu de la table ronde sur la femme et le vieillissement (Ottawa : Santé et Bien-être social, 1988).

----, Les femmes dans une société vieillissante : Compte rendu (Halifax , Nouvelle-Écosse) : 1988).

Sisler, B.B. Responses to Arguments Against Homemaker Participation in the Canada/Quebec Pension Plan (Toronto : 1986).

Spencer, L. Entretien personnel (juin 1990).

Statistique Canada. Gains des hommes et des femmes (Ottawa : Statistique Canada, 1988).

----, Moyennes annuelles de la population active (Ottawa : Statistique Canada, 1989).

Steinhauer, M.B. et S.S. Auslander. «Policy Directions and Program Design: Issues and Implications in Services for the Older Woman.» Dans G.L. Caravaglia (ed.), The World of the Older Woman: Conflicts and Resolutions (New York : Human Sciences, 1984).

Stone, L. Liens de famille et d'amitié chez les Canadiens âgés : Rapport préliminaire sur les résultats de l'enquête sociale générale (Ottawa : Statistique Canada, 1988).

Stone, L. et S. Fletcher. Le boom du troisième âge : Hausses de la longévité et meilleures perspectives de santé (Ottawa : Statistique Canada, 1986).

Stone, L. et H. Frenken. Les personnes âgées au Canada : Recensement du Canada (Ottawa : Statistique Canada, 1988).

Task Force on Improved Accessibility to Conventional Transit Services. Report of the Task Force on Improved Accessibility to Conventional Tansit Services for Frail and Ambulatory Disabled Persons (Toronto : 1988).

Thomae, H. et G. Maddox. «Foundations of a Policy for the Aged in the Eighties and Beyond: A Message to the World Assembly on Aging of the United Nations.» New Perspective on Old Age: A Message to Decision Makers (New York : Springer Pub., 1982).

Turner, B. et C. Adams. «Sexuality of Older Women.» Dans E.W. Markson, Older Women (Lexington Mass. : Lexington Books, 1983).

Ujimoto, K.V. «The Ethnic Dimension of Aging in Canada.» Dans V. Marshall (ed.), Aging in Canada (Don Mills (Ontario) : Fitzhenry et Whiteside, 1986).

Verbugge, L.M. «Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence.» Journal of Health and Social Behaviour 26 (9) 1985.

Waldron, I. «An Analysis of Causes of Sex Differences in Mortality and Morbidity.» Dans W.R. Gove et G. Carpenter (eds.), The Fundamental Connection Between Nature and Nurture (Toronto : Lexington Books, 1982).

Watkins, S. What are You Worth? A Study of the Economic Contribution of Eastern Ontario Farm Women to the Family Farm Enterprise (Women for the Survival of Agriculture : 1985).

Williamson, J.B., Evans, L. et L.A. Powell. The Politics of Aging: Power and Policy (Springfield, Illinois : Charles C. Thomas Pub., 1982).

Williamson, J.B. et J.A. Shindul. Aging and Public Policy: Social Control or Social Justice? (Springfield, Evans, Illinois : Charles C. Thomas Pub., 1985).

Wylie, C.M. «Contrasts in the Health of Elderly Men and Women: An Analysis of Recent Data for Whites in the United States.» Journal of the American Geriatric Society (9), 1984.